



Fecha: _____

Primer Nombre: _____		Inicial del segundo nombre: _____		Apellido: _____	
Fecha de Nacimiento : ____/____/____			Grado en 2015/2016: _____		
Raza/Etnia (verifique todo lo /que aplica)*: <input type="checkbox"/> Hispano/Latinoamericano <input type="checkbox"/> Indio-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Multi-Raza <input type="checkbox"/> Norteamericano /Africano <input type="checkbox"/> Blanco			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Edad: _____ El Idioma principal hablado en casa: _____		
¿Califica su niño para la comida libre o reducida? * <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro Número de Personas en la familia: _____ *Información es estrictamente opcional y sólo será utilizado para reportar propósitos.			Número escolar del estudiante: _____ Tel. Celular del estudiante (si es aplicable): _____ Hermano/a(s) en esta escuela: _____		

Nombre del Padre o Tutor: _____

La relación con el niño: _____

¿El niño/a vive con? Madre Padre Tutor

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la casa: _____

Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono de Trabajo _____

¿Dónde prefiere ser contactado? Casa Trabajo

Celular correo electrónico Texto

Nombre del Padre o Tutor: _____

La relación con el niño: _____

¿El niño vive con? Madre Padre Tutor

La dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la casa: _____

Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono del Trabajo: _____

¿Dónde prefiere ser contactado? Casa Trabajo

Celular correo eléctrico Texto

En Caso de Emergencia

Todas las personas autorizadas deberán ser mayores de 18 años de edad para poder firmar la salida del niño que participa en el programa.

1. En caso de emergencia, Contactar a: _____ Parentesco: _____

Número de Teléfono para emergencias: _____ Otro: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código Postal: _____

¿Le da permiso a esta persona para poder recoger a su hijo/a? Si No

2. En caso de emergencia, Contactar a: _____ Parentesco: _____

Número de Teléfono para emergencias: _____ Otro: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código Postal: _____

¿Le da permiso a esta persona para poder recoger a su hijo/a? Si No

Nombre del médico familiar: _____ Teléfono: _____

Hospital que prefiere: _____ Seguro Médico: _____

El niño tiene la siguiente condición médica(S): _____ Medicamentos que toma,

Dietas especiales, alergias, tratamientos, etc.: _____

Limitaciones del niño: _____

¿Tiene el niño alguna necesidad especial/discapacidad que requiere ayuda? Si No

Describa cualquier comportamiento que pudiera afectar o causar por cualquiera de lo anterior: _____

Si ocurrieran cambios en la salud del niño durante el año escolar los padres deberán notificar al supervisor del programa inmediatamente.

Por favor ponga sus iniciales en la cajita de aceptación:

Inicial

Autorizo al personal voluntario de los proveedores del programa de CSI quienes están calificados en lo básico de los primeros auxilios cuando sea apropiado. Entiendo que se intentará hacer todo lo posible en caso de emergencia, exigiendo atención médica para mi hijo/a. Si no pueden contactarme, autorizo al personal y los voluntarios del programa del APS- CSI para transportar a mi hijo/a vía el servicio de emergencia (911) al hospital más cercano y asegurar el tratamiento médico necesario para mi hijo/a. No culpare al programa por accidentes o heridas que pueden ocurrir y estoy de acuerdo de ser responsable por cambios ocurridos durante el tratamiento médico de mi hijo.

Permiso del Padre o Tutor – Por Favor Ponga Sus Iniciales En Cada Selección Para Aceptar

Fotografía/Video: Doy permiso para que imágenes de mi hijo/a sean usados en conexión con las actividades del programa de CSI, en artículos de revistas y periódicos, producciones de televisión y video, y otras presentaciones relacionadas con el programa de CSI y sus proveedores.

Inicial

Internet: Autorizo al programa de CSI para publicar la información sobre mi hijo/a en el Internet (en las páginas del programa de CSI u otras páginas relacionadas con programas de CSI). Entiendo que esta información será disponible para cualquier persona que usa el Internet. **El nombre del estudiante; una foto del estudiante (individual o en grupo); una foto del estudiante con identificación (sólo primer nombre); la propiedad intelectual del estudiante como obras de arte, poesía, cuentos etc.; una imagen del estudiante en forma de video.**

Inicial

Comportamiento: Entiendo que el programa de CSI es responsable por mantener un ambiente educacional seguro y si el comportamiento de mi hijo/a es negativo o contra las reglas del programa de CSI, mi hijo/a puede ser expulsado del programa. Entiendo que cada programa proveerá a mi estudiante con las expectativas de comportamiento y que mi hijo/a va a saber y seguir estas expectativas.

Inicial

La Colección de Información y el Apoyo de Estudiantes: Autorizo la publicación interna de información de documentos académicos de mi hijo/a, que incluyen el calendario escolar, documentos de asistencia, información de éxitos académicos. Doy permiso al programa de CSI que directamente provee servicios a mi hijo/a, a usar estos documentos para la evaluación de estudiantes, el apoyo en curso, y para evaluaciones internas del programa. Entiendo que mi hijo/a posiblemente puede conversar con proveedores del programa de CSI sobre su evaluación académica para apoyar el desarrollo de mi hijo/a en la escuela. Autorizo y doy permiso para que mi hijo/a participe en actividades de evaluación internas.

Inicial

PERMISO PARA EL TRANSPORTE: Doy permiso a mi hijo/a para ser transportado en vehículos , asegurados por una agencia, de CSI en viajes de excursiones o en circunstancias especiales.

Estoy de acuerdo con todo lo escrito arriba, y como padre/tutor doy permiso a mi hijo/a, a participar en los programas de CSI.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____