

**CSI: Forma de Registro  
2016-2017**



Fecha: \_\_\_\_\_

CLUB: \_\_\_\_\_ LIDER DEL CLUB: \_\_\_\_\_

<b>Primer Nombre:</b> _____		<b>Inicial del segundo nombre:</b> _____		<b>Apellido:</b> _____	
<b>Fecha de Nacimiento :</b> ____/____/____			<b>Grado en 2016/2017:</b> _____		
<b>Raza/Etnia (verifique todo lo /que aplica)*:</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latinoamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Norteamericano /Africano <input type="checkbox"/> Indio-Americano <input type="checkbox"/> Multi-Raza <input type="checkbox"/> Blanco			<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <b>Edad:</b> _____ <b>El Idioma principal hablado en casa:</b> _____		
<b>¿Califica su niño para la comida libre o reducida?</b> * <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro  <b>Número de Personas en la familia:</b> _____  *Información es estrictamente opcional y sólo será utilizado para reportar propósitos.			<b>Número escolar del estudiante:</b> _____  <b>Tel. Celular del estudiante (si es aplicable):</b> _____  <b>Hermano/a(s) en esta escuela:</b> _____		

Nombre del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

La relación con el niño: \_\_\_\_\_

La relación con el niño: \_\_\_\_\_

¿El niño/a vive con?  Madre  Padre  Tutor

¿El niño vive con?  Madre  Padre  Tutor

Dirección: \_\_\_\_\_

La dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

¿Dónde prefiere ser contactado?  Casa  Trabajo

¿Dónde prefiere ser contactado?  Casa  Trabajo

Celular  correo electrónico  Texto

Trabajo

## 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: \_\_\_\_\_