

**PROGRAMA DE ENRIQUECIMIENTO DESPUÉS DE LA ESCUELA DE LAS ESCUELAS DEL  
CONDADO DE DARE (ASEP)**

**SOLICITUD DEL ESTUDIANTE - Año escolar 2024-2025**

Debe completarse, firmarse y archivarse en la instalación el primer día y actualizarse trimestralmente o cuando ocurran cambios.

Escuela del estudiante (circule uno) CHES FFES KHES MES NHES Fecha \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL NIÑO:** Nombre completo

\_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (2do nombre) (Apodo)  
Dirección física del estudiante \_\_\_\_\_

2024 - 2025 grado en la escuela (Circule uno.) K 1 2 3 4 5 Edad actual \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Sexo (circule uno): Hombre Mujer Origen étnico (circule uno): Hispano/Latino No Hispano  
Seleccione Raza (encierre en un círculo todo lo que corresponda):  
Nativo Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro Hawaiano/Otra Isla del Pacífico Blanco

**INFORMACIÓN FAMILIAR:** El niño vive con \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_ Teléfono particular/Celular \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente a la del niño) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de la madre/tutor \_\_\_\_\_ Teléfono particular/Celular \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del niño) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

**CONTACTOS:** El niño será entregado únicamente a los padres/tutores mencionados anteriormente. El niño también puede ser entregado a las siguientes personas, según lo autorizado por la persona que firma esta solicitud. Siéntase libre de usar otra hoja de papel para incluir personas adicionales autorizadas para la recogida.  
**Nombre Relación DIRECCIÓN Teléfono**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de una emergencia, si no se puede contactar a los padres/tutores, la instalación tiene permiso para contactar a las siguientes personas:

**Nombre Relación DIRECCIÓN Teléfono**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enumere a todas las personas con las que su hijo específicamente **NO podría** ser entregado: \_\_\_\_\_

¿Hay una orden judicial de protección registrada en el tribunal? \_\_\_\_\_  
(Fecha de pedido) (Nombre de la persona)

*\* La orden judicial es el único proceso legal que tenemos para evitar que los niños sean entregados a un padre.*

**NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA:** Responda a **todas las preguntas a continuación o encierre en un círculo N/A si no se aplica a su hijo.**

Para todo niño con necesidades de atención médica tales como alergias, asma u otras condiciones crónicas que requieran servicios de salud especializados, se deberá adjuntar a la solicitud un plan de acción médica. El plan de acción médica debe ser completado por los padres o el profesional de la salud del niño.

1. ¿Tiene su hijo un Plan de Acción Médica? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, proporcione una copia.

2. Enumere cualquier alergia y los síntomas y el tipo de respuesta requerida para las reacciones alérgicas.

\_\_\_\_\_ o circule N/A

3. Enumere cualquier necesidad o inquietud de atención médica, síntomas y tipo de respuesta para estas necesidades o inquietudes de atención médica.

\_\_\_\_\_ o circule N/A

4. Haga una lista de los miedos particulares o las características únicas de comportamiento que tiene el niño.

\_\_\_\_\_ o circule N/A

5. Enumere cualquier tipo de medicamento que se toma para las necesidades de atención médica.

\_\_\_\_\_ o circule N/A

6. Comparta cualquier otra información que tenga una relación directa con la garantía de un tratamiento médico seguro para su hijo.

\_\_\_\_\_ o circule N/A

¿Tiene el niño un IEP o 504? Sí \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo, especifique \_\_\_\_\_

**Información de emergencia:**

Nombre del profesional de la salud que atiende al niño \_\_\_\_\_ Teléfono de la oficina \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia, los niños serán transportados al Outer Banks Hospital en Nags Head en 4800 S. Croatan Hwy., Nags Head, NC 27959, número de teléfono 252-449-4500. Si su hijo suele ser visto en otro hospital y tiene información médica vital archivada allí, indique la información del hospital y de contacto a continuación.**

Nombre de Otro Hospital \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Autorización para buscar atención médica de emergencia:**

Yo, como padre/tutor, autorizo al Programa de Enriquecimiento Extracurricular de las Escuelas del Condado de Dare a obtener atención médica para mi hijo en caso de emergencia.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Firma de Recepción de Documentos Requeridos para Inscripción en el Programa ASEP:**

Reconozco con mi firma a continuación que he recibido los siguientes documentos de inscripción para los programas de enriquecimiento después de la escuela de las escuelas del condado de Dare, y que han sido revisados conmigo. (Todos los documentos están disponibles en [www.daretolearn.org](http://www.daretolearn.org) y disponible en versión impresa a pedido). **Manual para padres (incluye Plan de participación de los padres), Política de disciplina, Resumen de la ley de cuidado infantil de Carolina del Norte, Restricciones para fumar y tabaco**

\*Doy permiso para que mi hijo asista a actividades fuera de las instalaciones que no requieren transporte. ASEP me

avisará de estos viajes con una semana de anticipación. En cualquier momento, puedo negar la participación de mi hijo en estas actividades.

**Política de retrasos en la recogida:**

El horario de atención es hasta las 6:00 p.m. En caso de tardanza, reconozco con mi firma a continuación que se me puede cobrar un cargo por demora. También reconozco que mi hijo puede ser expulsado del programa debido a tardanzas frecuentes.

Nombre impreso del padre/tutor \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

-----  
**\*El informe médico y los registros de vacunas de este estudiante están archivados en la oficina de la escuela.**