proyouth

2024-2025 HEART/EDGE FORMULARIO DE INSCRIPCION

Nombre Completo Legal del Estudiante: _____ Grado de 2024/25: ____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Escuela: _____

Género: _____ Etnicidad/Raza: _____ Lenguaje Primario: _____ ¿Es elegible para recibir comidas gratis o precio reducido? (circule uno): Si / No

Dirección de estudiante: _____ Ciudad: _____ Código: _____

Padre/Guardián: _____ Relación: _____

De Teléfono: (____) _____-_____ Autorización de liberación (circule uno): Si / No

Email: _____

Padre/Guardián: _____ Relación: _____

De Teléfono: (____) _____-_____ Autorización de liberación (circule uno): Si / No

Email: _____

¿Copias de cualquier acuerdo de custodia, órdenes judiciales y órdenes de restricción relacionadas con el estudiante? (circule uno) Si / No
Padre/Guardián debe mantener a la escuela y ProYouth informados con los documentos legales.

¿Tiene otros estudiantes que asistan algún otro programa de ProYouth? Por favor, indique los nombres y grados: _____

¿**Contactos de Emergencia:** Los estudiantes marcados "Recogidos" no serán liberados del programa sin una firma de padre/guardián o firma de una de las personas que se mencionan a continuación. (Nota: LOS NOMBRES LISTADOS DEBEN SER DE UNA PERSONA DE 16 AÑOS O MAYOR CON IDENTIFICACIÓN BAJO SOLICITUD).

Nombre _____ Teléfono: (_____) _____-_____ Relación: _____

Nombre _____ Teléfono: (_____) _____-_____ Relación: _____

Inscripción: ProYouth priorizará la inscripción en HEART/EDGE basándose en varios factores encomendados por la legislación de financiamiento para programas después de escuela AB 1567. Una vez que haya completado el registro de prioridad, todos los demás estudiantes se matricularán en una base de primera llegada
Asistencia: El programa se proporciona desde el final de la escuela de día regular hasta por lo menos 6:00 pm cada día que escuela está en sesión. Si un estudiante es recogido antes de las 6:00 PM un código de "salida temprana" debe ser indicado en la tarjeta de asistencia diaria. Las ausencias justificadas incluyen una cita con el doctor, una enfermedad, una cita de consejería, otras citas obligatorias, deportes, etc., o las necesidades especiales aprobadas por ProYouth. ProYouth requiere documentación para cualquier ausencia o liberación temprana (código de educación § § 8421 (c), 8422 (d) (1) (2), 8483, 8483.1 (a) (1), 8483,2).
Recogida de Estudiante Los estudiantes marcados como "Recogidos" no serán liberados sin firma del padre/guardián o alguien designado en el formulario de inscripción estudiantil. Los estudiantes deben ser recogidos puntualmente al final del programa. El personal de ProYouth tratará de contactar al padre/guardián o a los designados como contactos de emergencia. Después de que se haya agotado todo esfuerzo para llegar a alguien sin éxito, se contactará con la policía local. Recogida tarde de rutina dará como resultado que el estudiante sea retirado del programa.
Contactos de Emergencia: Como parte del formulario de inscripción, ProYouth requiere que el padre/guardián complete la sección de información de emergencias. Por favor recuerde que es la responsabilidad de los padres/guardianes informar al programa ProYouth por escrito si cualquier información cambia. En caso de una emergencia, el personal de ProYouth intentará comunicarse con el padre/guardián o los designados para recoger al estudiante. Si ProYouth no puede contactar a ningún contacto autorizado, se contactará a los agentes de la ley o a los servicios de emergencia si corresponde.
Disciplina: La participación en el programa de aprendizaje ampliado ProYouth es un privilegio. El comportamiento disruptivo o irrespetuoso hacia otros estudiantes o el personal de ProYouth o el comportamiento que pone en peligro la seguridad de otros es motivo de ser retirado del programa. Animamos a los padres/guardianes a discutir las preocupaciones sobre el comportamiento estudiantil con el director del sitio de ProYouth.
Tarea: ProYouth **no es** un programa de terminar la tarea. Se trata de un programa de enriquecimiento académico diseñado para apoyar a los estudiantes en el cumplimiento de los requisitos estatales y federales de subvenciones que incluyen la mejora académica y el comportamiento. Los padres/guardianes deben revisar la tarea de su estudiante cada día para asegurar la terminación y la exactitud.
Póliza Acerca de la Responsabilidad: ProYouth no es responsable por el pago de los gastos incurridos como resultado de cualquier daño o herida. ProYouth no es responsable por ningún artículo personal que pueda ser dañado o perdido o por el costo de reemplazar artículos. Cuando sea requerido por la ley, ProYouth está obligado a presentar la información que usted nos ha proporcionado a la aplicación de la ley o a otras agencias del condado, estatales o federales.
Datos de Estudiantes y Encuestas: Para cumplir con los requisitos de subvenciones estatales y federales, ProYouth obtiene los datos de los estudiantes a nivel escolar y distrital para cada estudiante que participa en el programa de ProYouth. Los datos del estudiante incluyen: información demográfica general, asistencia del día de instrucción, logros académicos y puntajes, estatus de necesidades especiales e información social/conductual. Como parte de nuestros requerimientos de subvenciones, se les pedirá a los estudiantes matriculados en el programa que tomen encuestas de ProYouth; estas encuestas están disponibles para revisión de padres/guardianes.
Apoyo de Padres: Se requerirá que los padres/guardianes asistan a una reunión de orientación para padres como parte del proceso de inscripción del programa ProYouth. Durante el año se ofrecerán al menos dos orientaciones para padres.

Despido del programa: (Por favor marque todo lo que se aplica) **Caminar** **Recogido a las 6:00pm** **Autobús, si está disponible**

Acuerdo de Despido Temprana o llegada tarde: **ER-1:** asistir a un programa colaborativo (en o fuera del sitio); **ER-2:** necesidades de transporte (autobús, transporte restringido); **ER-3:** preocupaciones de seguridad (cambio de tiempo, condiciones climáticas); **ER-4:** obligación familiar (asuntos de custodia, emergencias familiares); **ER-5:** citas médicas/dentales; **ER-6:** enviado a casa (lesiones/enfermedad/problemas de comportamiento); **ER-7:** otras condiciones prescritas por la escuela y/o la Junta Escolar (situaciones de emergencia o desastre) este código sólo se aplica a razones cuando el programa es cerrado por la administración de la escuela o del distrito.
Iniciales del Padre/guardián_____

Permiso para fotografiar: Ocasionalmente, las actividades de ProYouth pueden ser fotografiadas, video y/o audio grabados para fines educativos, publicitarios o de recaudación de fondos. Por favor indique si usted da permiso para que su estudiante y/o usted mismo aparezca en videos o grabaciones de audio sin compensación (por ejemplo, como parte de folletos o sitios web de programas).
____ **Si**, doy permiso ___ **No**, no doy permiso

HEART HEALTH ENRICHMENT ACADEMICS RECREATION TEAMWORK

EDGE

proyouth

ACUERDO DE COMPUTADORA Y POLIZA DE INTERNET

Estoy de acuerdo con lo siguiente: a mi estudiante se les proporcionará acceso a los recursos tecnológicos de ProYouth y habrá acceso supervisado al Internet. Permito que los proyectos o trabajos generados por mi estudiante sean publicados por ProYouth. Yo seré responsable financieramente de cualquier daño a los recursos tecnológicos causados por el estudiante nombrado arriba. Cualquier uso incorrecto de los recursos tecnológicos por el estudiante nombrado dará lugar a la retirada inmediata de cualquier y todos los privilegios de acceso y puede dar lugar a otras acciones disciplinarias.

RENUNCIA A LA PARTICIPACIÓN Y LIBERACION

_____tiene mi permiso para participar en el programa de ProYouth y todas las actividades patrocinadas por ProYouth, incluyendo todas las actividades deportivas y de educación física que pueden ser ofrecidas como un componente de ProYouth. Entiendo y reconozco que la participación en deportes y actividades educativas físicas plantea riesgos a mi estudiante, incluyendo el riesgo de cepas, esguinces, huesos rotos, y lesiones graves o la muerte.

Por la presente certifico que el menor es mi hijo y que su fecha de nacimiento es _____ y por la presente certifico que, al mejor de mis conocimientos y creencia, dicho menor está en buena salud. En el caso de que yo, u otro padre/guardián o contactos de emergencia, no pueda ser alcanzado en una emergencia, por la presente doy permiso al personal para asegurar el tratamiento apropiado para mi estudiante. Por la presente consiento que cualquier radiografía, examen, anestésico, médico, quirúrgico, diagnóstico o tratamiento dental, y atención hospitalaria se consideran necesarios en el mejor juicio del profesional médico que atiende y se realizan por o bajo la supervisión del personal médico del hospital o instalaciones que proporcionen servicios médicos o dentales. Se entiende además que el abajo firmante asumirá toda la responsabilidad por cualquier acción, incluyendo el pago de los costos. ProYouth no es responsable de ningún gasto incurrido como resultado de lesiones.

Yo, como padre/guardián del menor, por la presente, por mi estudiante, yo, mis herederos, ejecutores, y administradores, liberar y para siempre descargar y mantener inofensivo el programa ProYouth y todos los oficiales, directores, empleados, agentes y voluntarios de la organización, actuando de forma oficial o no, de cualesquiera y todas las reivindicaciones, demandas, acciones o causas de acción que, de alguna manera, surjan de la participación del menor y/o de mi participación en actividades.

INFORMACION MEDICA

Por la presente aconsejo que el menor de edad mencionado tiene las siguientes alergias, reacciones a la medicina, o condiciones físicas inusuales que se deben dar a conocer a un médico que trata. Reconozco que solamente el personal de la escuela del día, y no el personal de la ProYouth, pueden administrar medicaciones a mi niño.

Alergias conocidas _____
Medicamento y horario_____
Cualquier otra preocupación de la cual ProYouth debe ser consciente_____

¿Tiene su estudiante alguna necesidad especial, o un plan de IEP o 504? Por favor proporcione cualquier información que el programa debe saber_____
_____

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Este formulario autoriza a ProYouth a recibir y usar la información de salud identificable individualmente de su estudiante, como se establece a continuación, consistente con las leyes federales (incluyendo HIPAA) concernientes a la privacidad de dicha información. Esta información nos permitirá apoyar las necesidades de su estudiante. Por favor complete.

Nombre del Estudiante/Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo al distrito escolar marcado abajo para compartir información de salud del historial médico del estudiante mencionado anteriormente con ProYouth. Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a los ProYouth a compartir información de salud del récord del estudiante mencionado con el distrito escolar marcado abajo.

_____Buena Vista Elementary School District 21660 Road 60, Tulare Ca, 93274
_____Exeter Unified School District, 134 S. "E" St. Exeter, CA 93221
_____King City Union School District, 104 S. Vanderhurst Ave., King City, CA 93930
_____Rockford Elementary School District 14983 RD 208, Porterville, CA 93257
____Strathmore Union Elem. School District, 19811 Orange Belt Dr., Strathmore, CA 93267
____Oak Valley Union Elementary School District 24500 Rd. 68, Tulare, CA 93274
____Palo Verde Union Elementary School District, 9637 Ave. 196, Tulare CA 93274

La información solicitada se limitará a la siguiente información de salud mínima necesaria.

DURACION: Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y permanecerá vigente hasta el 30 de junio del 2025. Cualquier cambio en esta forma de liberación debe ser enviado por escritor al director del sitio de ProYouth.

Para información adicional, comuníquese con la oficina administrativa de ProYouth:
608 E Center Ave, Visalia, CA 93292 Oficina: 559-374-2030 el Fax: 559-741-4886

Nombre escrito del padre/guardián: _____ Firma:_____

Entiendo que se tomarán medidas razonables para salvaguardar la salud y la seguridad de todos los participantes que participan en todas las actividades del programa de aprendizaje expandido después de la educación. Se me notificará lo antes posible en caso de una emergencia. En caso de que no pueda ser contactado en una emergencia, por la presente autorizo el transporte a un centro médico a mi costa para proporcionar cualquier tratamiento médico de emergencia es necesario. Entiendo que el distrito escolar y el programa ProYouth no llevan seguro médico o dental para niños lesionados en las instalaciones de la escuela o en actividades relacionadas con ProYouth.

Reconozco que he leído cuidadosamente este documento en su totalidad y entiendo la información aquí. Una copia se pondrá a disposición de mí a petición mía.

Comprobaré que la información contenida en este formulario de inscripción es completa y precisa. Al firmar a continuación, autorizo y doy mi consentimiento para que mi estudiante participe en el programa de aprendizaje ProYouth. He leído y entiendo las condiciones de la participación de mi estudiante como se describe en la exención de participación y la liberación en este caso. Estoy de acuerdo con cada uno de los términos y reconocimientos aquí y permitir que mi estudiante participe en el programa de ProYouth y todas las actividades patrocinadas.

Fecha: _____ Nombre escrito de Padre/Guardian:_____ Firma: _____

UN NUEVO FORMULARIO DE INSCRIPCION ES REQUERIDO CADA AÑO ESCOLAR PARA CADA ESTUDIANTE EN EL PROGRAMA PROYOUTH

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

HEART HEALTH ENRICHMENT ACADEMICS RECREATION TEAMWORK

EDGE