



Se notificará a los padres / tutores cuando se apruebe la inscripción



PROGRAMA DESPUÉS DE LA ESCUELA DEL SIGLO XXI : Escuela _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: (apellido) _____ (nombre) _____ (segundo) _____

DIRECCIÓN: (calle) _____ (apto #) _____

CÓDIGO POSTAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ (edad) _____ Género

(masculino) __ (mujer) __ IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE #: _____ CALIFICACIÓN: _____ LENGUAJE PRIMARIO: _____

PADRE/TUTOR LEGAL (nombre) _____ (email) _____

(Dirección) _____ (Estado Ciudad) _____ (Código Postal) _____

CONTACTO (teléfono de casa) _____ (Teléfono móvil) _____ teléfono del trabajo) _____

COLOQUE UNA "X" EN SU FORMA PREFERIDA DE SER CONTACTADO (hm phone) __ (wk phone) __ (cell/text) __ (email) __

MADRE/TUTOR LEGAL (nombre) _____ (email) _____

(Dirección) _____ (Estado Ciudad) _____ (Código Postal) _____

CONTACTO (teléfono de casa) _____ (Teléfono móvil) _____ teléfono del trabajo) _____

COLOQUE UNA "X" EN SU FORMA PREFERIDA DE SER CONTACTADO (hm phone) __ (wk phone) __ (cell/text) __ (email) __

¿CÓMO SERÁ RETIRARA SU HIJO DEL PROGRAMA?

(autobús escolar) (caminar: el niño cierra la sesión) _____ (se recoge: persona debe mostrar una identificación) _____ (otro): _____

¿QUIÉN TIENE PERMISO PARA RECOGER A SU HIJO AL FINAL DEL DÍA, ADEMÁS DE USTED MISMO?

(nombre / parentesco) _____ (teléfono) _____

(nombre / parentesco) _____ (teléfono) _____

Entiendo que después de 3 recogidas tardías al final de la programación, mi hijo puede ser excusado del programa. **INFORMACIÓN MÉDICA:** Indique cualquier condición médica que su hijo pueda tener, como alergias, enfermedades, medicamentos recetados, lesiones graves, hospitalizaciones y/o diagnóstico: _____

EL NOMBRE DEL DOCTOR: _____ **TELÉFONO DEL DOCTOR:** _____

DIRECCIÓN DEL MÉDICO:(calle) _____ (Estado Ciudad) _____ (Código Postal) _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA: En caso de que mi hijo tenga un accidente o una enfermedad repentina, y en el caso de que no pueda comunicarse conmigo por teléfono, por la presente autorizo a un representante de CISD a derivar a mi hijo al médico mencionado anteriormente o buscar la atención médica adecuada. CISD no se hace responsable de ningún costo incurrido:

FIRMA DEL PADRE / TUTOR: _____ (fecha) _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA Y NO SE PUEDE LLEGAR A LOS PADRES:

(nombre / parentesco) _____ (teléfono) _____

(nombre / parentesco) _____ (teléfono) _____

DÉ LA VUELTA Y COMPLETE EL LADO TRASERO

AUTORIZACIONES PARA (nombre del niño): _____

POR FAVOR LEA LOS COMUNICADOS

- * Entiendo y acepto que ni el programa ni sus empleados y voluntarios son responsables o legalmente responsables por cualquier pérdida de propiedad personal o por cualquier lesión corporal incurrida y sufrida por el niño en cualquier propiedad del programa o en conexión con cualquier actividad del programa.
- * Doy permiso al personal del programa para acceder a los registros escolares (calificaciones, asistencia, comportamiento, etc.) sobre mi hijo para atender mejor sus necesidades.
- * Doy permiso al personal del programa para que entregue el número de identificación de estudiante de mi hijo a los proveedores del programa de CISD con el fin de evaluar la eficacia del programa. Solo se examinarán los datos del grupo (es decir, información sobre calificaciones, asistencia, comportamiento, etc. de todos los estudiantes en el programa), no se identificará ningún dato específicamente relacionado con su estudiante.
- * Entiendo que los registros y la información divulgados bajo este consentimiento se mantendrán confidenciales en la medida permitida por la ley y se utilizarán para el propósito indicado.
- * Entiendo que si mi hijo está ausente del programa, recibiré una llamada telefónica notificándome de la ausencia, a menos que ya haya notificado que mi hijo no asistirá al programa.
- * Entiendo que si tengo alguna pregunta sobre estos lanzamientos, puedo preguntarle al coordinador del sitio del programa.
- * **Permitiré que mi hijo sea fotografiado y/o grabado en video mientras participa en las actividades del programa y que esas imágenes se utilicen con fines publicitarios y/o de reclutamiento. SÍ__ NO_**
- * **Estoy interesado en ser voluntario en el programa extracurricular. SÍ_____ NO_____**

ACEPTO LAS DECLARACIONES ANTERIORES

FIRMA: _____ FECHA: _____

POR FAVOR LEA LA POLÍTICA DE GESTIÓN DEL COMPORTAMIENTO INICIAL

Se espera que su hijo se comporte de manera apropiada en todo momento y siga las reglas de _____.
(nombre de Escuela)

_____ Entiendo que si mi hijo no sigue las reglas, recibirá una advertencia verbal.

_____ Entiendo que si la mala conducta continúa, recibiré una llamada telefónica sobre mi hijo.

_____ Entiendo que si el problema continúa, mi hijo puede ser expulsado del programa.

_____ **Entiendo que las peleas y/o el comportamiento sexual inapropiado pueden resultar en el despido inmediato del programa.**

¿TIENES ALGUN COMENTARIO O SUGERENCIA? _____

TODA LA INFORMACIÓN ES COMPLETAMENTE CONFIDENCIAL

Soy el padre o tutor legal del menor mencionado anteriormente y tengo la autoridad legal para ejecutar este consentimiento y divulgación.

FIRMA: _____ FECHA: _____

¡GRACIAS! ¡¡ESPERAMOS HACIA ESTE AÑO !!