



2024-25 Escuelas del condado de Franklin

Programas del centro de aprendizaje comunitario del siglo XXI

XXI CCLC UBICACIÓN DEL SITIO (un círculo): Phil Campbell Franklin del este Ciudad de Tharp belgreen Vinos Bahia roja

Nombre completo del estudiante: _____ Fecha de nacimiento
(DD/MM/AAAA): _____

Edad ____ Calificación (un círculo): PreK, Kindergarten, primero, segundo, tercer, cuarto, quinto, sexto

Raza (círculo): Nativo americano asiático afroamericano hispano o latino Blanco Antiguo
Testamentosu

Dirección de envío: _____

Nombre completo del padre: _____ Teléfono: _____

El padre está autorizado a firmar la salida del estudiante. (círculo): Sí No

Empleador del padre: _____ Teléfono del empleador: _____

Nombre completo de la madre: _____ Teléfono: _____

_____ Nombre del empleador de la madre:

_____ Teléfono del empleador: _____

La madre está autorizada a firmar la salida del estudiante. (círculo): Sí No

El estudiante vive con (circule): Mamá Papá Ambos padres Abuelos Padres de crianza Otro tutor
legal (si no figura arriba): _____ Teléfono: _____

Se requiere al menos una dirección de correo electrónico de los padres a continuación

Dirección de correo electrónico de mamá/tutor legal:

_____ Dirección de correo electrónico de

papá/tutor legal: _____

Por favor encierre en un círculo las respuestas a continuación que MEJOR describan a su hijo:

Bilingüe (círculo): Sí No Estudiante del idioma inglés: Sí No

inglés es mi norteativo yoidioma(círculo): Sí No

Recibir servicios de educación especial (circular): Sí No En

el programa de superdotados y talentosos (circular): Sí No

[illegible]

Programas del centro de aprendizaje comunitario del siglo XXI

Programa Contrato

El nombre del estudiante: _____

Por la presente doy permiso para que mi hijo participe en el 21^{cal} Eventos, actividades y excursiones del programa extracurricular/de verano del condado de Century Franklin. Esto puede incluir pre/post, pruebas, encuestas, acceso a Internet y actividades de enriquecimiento. Doy permiso para que el trabajo o las fotografías de mi hijo se utilicen en la implementación y promoción del programa. Doy permiso para el 21^{cal}. El personal de Century tendrá acceso a los registros escolares de mi hijo.

Firma del padre/tutor Fecha

Doy permiso para el Programa después de la escuela/verano de Century para obtener tratamiento médico de emergencia, incluido transporte de emergencia, para mi hijo si no puedo localizarme de inmediato. Acepto ser responsable de cualquier gasto médico de emergencia incurrido.

Firma del padre/tutor Fecha

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

- Los estudiantes no deben ser disruptivos ni ser una amenaza para ellos mismos ni para los demás.
- Si se muda o cambia el número de teléfono de su casa o celular, notifique a su XXI CCLC Coordinador del sitio lo antes posible.
- No deseamos ser intrusivos, pero debemos mantenernos informados sobre los cambios en la tutela, custodia, adiciones o eliminaciones en los formularios de autorización de salida diaria del estudiante en lo que se refiere a nuestro cuidado de su hijo.
- **Por favor informe a cualquier persona que recoja a su hijo que traiga una identificación con fotografía porque podemos solicitarla en cualquier momento. El La persona designada para recogerlo debe conocer el PIN de salida del niño o niños.**

Firma del padre/tutor Fecha

2024-2025
Programas del centro de aprendizaje
comunitario del siglo XXI

Contactos de emergencia

Contactos de emergencia (aparte de los padres, en caso de accidente o enfermedad). Las personas que se enumeran a continuación tienen su permiso para recoger a su hijo, si usted no puede recogerlos. A las personas que no figuran a continuación no se les permitirá sacar a su hijo del programa. Llamaremos a los padres al número de teléfono que figura en la primera página de este paquete de inscripción inmediatamente.

Nombre Relación con el número de teléfono del estudiante

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Restricciones legales especiales/de custodia:

Programas del centro de aprendizaje comunitario del siglo XXI

2024-2025 Política de tareas y asistencia

La continuación de la financiación de este programa se basa en gran medida en la mejora académica y la asistencia de su hijo. Por lo tanto, el programa adopta un enfoque agresivo con respecto a la finalización de las tareas asignadas, proyectos y asistencia diaria. Se han establecido los siguientes procedimientos para garantizar que se cumplan todos los requisitos relacionados con los logros académicos y la asistencia a la beca.

Académico (Tareas/Asignaciones):

- Se requiere que los estudiantes traigan hojas de tareas o traigan tareas escritas en un cuaderno o un boletín informativo de su(s) maestro(s).
- Si los estudiantes no tienen tarea asignada, se espera que realicen otras actividades académicas/de enriquecimiento asignadas durante el tiempo de tarea.
- Después de 2 días consecutivos de “no hacer tarea” en una materia, los 21 El personal de CCLC consultará con los maestros del salón de clases de su hijo para verificar la tarea asignaciones.
- El programa 21 CCLC no reemplaza el lugar de apoyo académico de los padres. Los padres deben verificar que las tareas de sus hijos estén completas y sean precisas. Si los estudiantes tienen exámenes que se espera que estudien en casa, entonces los padres deben revisar las habilidades/contenido con su(s) hijo(s).

Asistencia:

- Su(s) hijo(s) deben reunirse en el área designada para después de la escuela programa. Si su hijo NO asistirá en un día determinado, notifique al personal del programa extraescolar que no asistirá ese día.
- **(IMPORTANTE)** Los estudiantes deben asistir a la XXI CCLC programar un **mínimo 4 días a la semana.**

Acepto cumplir con los procedimientos de asistencia para el programa como se indica anteriormente.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____



DEPARTAMENTO EDUCATIVO DEL ESTADO DE ALABAMA



Record de Evaluación Médica

Año Escolar:

Para el Padre o Guardián:

El propósito de este formulario es proporcionar a la enfermera escolar información adicional sobre las necesidades medicas de su hijo/a. la enfermera puede comunicarse con usted para obtener mas información. La información requerida es esencial para cumplir con las necesidades médicas de su hijo/a.

Esta información se mantendrá confidencial.

POR FAVOR complete ambos lados de este formulario (Entregue a la Enfermera Escolar)

Nombre de Estudiante (Apellido, primer nombre, segundo nombre)	Fecha de Nac.	Sexo	Escuela
--	---------------	------	---------

Dirección (Calle)

Número de Teléfono de Casa	Número de Teléfono Celular	Numero de Teléfono Adicional	Grado	Maestro/a de Salón
----------------------------	----------------------------	------------------------------	-------	--------------------

Nombre de Padre/Guardián (Apellido, Primer, Segundo)	Numero de Teléfono de Trabajo
--	-------------------------------

Transportación

☐ Camino Escolar Numero de Camino: ☐ Carro ☐ Camino de Necesidades Especiales ☐ Programa después de la escuela

Parte I – Información de Salud

Lugar donde su hijo/a recibe cuidado médico:

Nombre de Doctor: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

☐ Clínica Comunitaria de Salud

☐ Departamento de Salud

☐ Clínica de Hospital

☐ No tiene lugar regular

☐ Doctor Privado/HMO

Información de Seguro Medico de su hijo/a:

☐ ALL KIDS

☐ Medicaid

☐ No tiene seguro medico

☐ Otro _____

☐ Seguro Medico Privado

Lugar donde su hijo/a recibe cuidado dental:

Nombre de Dentista: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

☐ Clínica Comunitaria de Salud

☐ Departamento de Salud

☐ Clínica de Hospital

☐ No tiene lugar regular

☐ Dentista Privado/HMO

Hospital de Preferencia: _____

Parte II – Historia Medico Equipo Medico/Procedimientos Requeridos en la Escuela

☐ Catéter ☐ Tubo Gástrico ☐ Tratamientos Nebulizadores ☐ Suplemento de Oxigeno ☐ Traqueotomía

☐ Estimulador del Nervio Vagal (VNS) ☐ Ventilador ☐ Silla de Ruedas ☐ Caminadora

☐ Otro *Por favor explique:*

Medicamentos y Procedimientos en la escuela requieren una Forma de Receta/Autorización (una para cada medicamento o procedimiento) Por favor consulte con la enfermera escolar.



DEPARTAMENTO EDUCATIVO DEL ESTADO DE ALABAMA



Record de Evaluación Médica

Año Escolar: _____

Parte III – Historia Medico

☐ SI ☐ NO	PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS Si NO , vaya directamente al final de la hoja y proporcione la firma de padre/guardián Si SI , y diagnosticado por un doctor, conteste cada pregunta siguiente.
☐ SI ☐ NO ☐ SI ☐ NO	Trastorno de Déficit de Atención (ADD) Trastorno de déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD) Requiere medicamento ☐ En la Escuela ☐ En la Casa
☐ SI ☐ NO	Alergias: ☐ Alimentos _____ ☐ Insectos _____ ☐ Ambiente _____ ☐ Medicamentos _____ ☐ Urticaria/Sarpullido ☐ Medicamentos ☐ Dificultad respiratoria ☐ Epi-pen ☐ Otro: _____
☐ SI ☐ NO	Asma ☐ Usa un inhalador en la escuela ☐ Usa un inhalador en la casa
☐ SI ☐ NO	Problemas de sangrado: ☐ Hemofilia, ☐ Requiere medicamento Por favor explique: ☐ Von Willebrand's ☐ Otro
☐ SI ☐ NO	Sangrado de nariz frecuente: Por favor explique: _____
☐ SI ☐ NO	Cáncer/Leucemia: Por favor explique: _____
☐ SI ☐ NO	Parálisis Cerebral: Por favor explique: _____
☐ SI ☐ NO	Fibrosis Cística: Por favor explique: _____
☐ SI ☐ NO	Problemas Dentales: Por favor explique: _____
☐ SI ☐ NO	Diabetes ☐ Diabético Tipo 1 ☐ Monitorea azúcar en la sangre en la escuela ☐ Requiere Insulina en la escuela ☐ Diabético Tipo 2 ☐ Controla la dieta ☐ Pompa de Insulina ☐ Oral medicamento ☐ Orden de Glucógeno
☐ SI ☐ NO	Emocionales/Comportamiento/Psicológico: Por favor explique: _____
☐ SI ☐ NO	Problemas Gastrointestinales/Estomago: Por favor explique: _____
☐ SI ☐ NO	Trastorno Genético / Raro: Por favor explique: _____
☐ SI ☐ NO	Dolores de Cabeza: Por favor explique: _____
☐ SI ☐ NO	Problemas de Oír: ☐ Oído derecho ☐ Oído izquierdo ☐ Ambos Oídos ☐ Pérdida de Oír ☐ Ayuda Auditiva ☐ Tubos ☐ Implante Coclear
☐ SI ☐ NO	Condición del Corazón: ☐ Restricciones de Actividad: _____ ☐ Medicamento tomado en casa: Por favor explique: _____
☐ SI ☐ NO	Hipertensión (Alta Presión): Por favor explique: _____
☐ SI ☐ NO	Artritis Juvenil/ Problemas de Huesos-Articulaciones: Por favor explique: _____
☐ SI ☐ NO	Problemas de Riñones/ Vejiga/ Urinaria: Por favor explique: _____
☐ SI ☐ NO	Escoliosis: ☐ NO Tratamiento ☐ Usa Soporte ☐ Cirugía ☐ Historia Familiar
☐ SI ☐ NO	Ataques/Convulsiones: Tipo de Ataque: _____ Medicamento: ☐ Diastat ☐ Klonopin ☐ Versed ☐ Medicamento en Casa ☐ Otro _____ Por favor explique: _____
☐ SI ☐ NO	Anemia de Células: ☐ Anemia ☐ Rasgo _____
☐ SI ☐ NO	Shunt (desviación de ventrículo cerebral): ☐ VP shunt Por favor explique: _____
☐ SI ☐ NO	Espina Bífida: _____
☐ SI ☐ NO	Dieta Especial: Por favor explique: _____
☐ SI ☐ NO	Problemas de Vista: ☐ Usa Lentes ☐ Usa Contactos ☐ Otro
☐ SI ☐ NO	Otras Condiciones Medicas: Por favor incluya cualquier medicamento tomado solamente en casa.

Firmas Requeridas

Firma de Padre(s) o Guardián: _____ Fecha: _____