

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Grado del estudiante	Fecha de nacimiento
Género: ☐ M ☐ F	Nombre del profesor	Correo electrónico del estudiante	
Idioma principal	ID de CSIS estatal (si se conoce)	Identificación de estudiante del distrito (si se conoce)	

Recogida y lanzamiento anticipado

Se requiere asistencia diaria de los estudiantes que participan en el Programa de Aprendizaje Expandido. Se entiende que los compromisos familiares, las citas relacionadas con la salud, otras actividades externas o problemas de seguridad ocurrirán durante las horas del Programa de Aprendizaje Ampliado. Para ocasiones como estas, puede solicitar un tiempo de liberación anticipada para que su estudiante sea recogido del programa.

La Sección 8483(a) del Código de Educación de California establece que:

1. Cada Programa de Aprendizaje Expandido comenzará inmediatamente después de la conclusión del día escolar regular y *operará un mínimo de 15 horas por semana, y al menos hasta las 6:00 p.m. en cada día escolar regular.*
2. Es la intención de la Legislatura que los alumnos de escuela primaria y secundaria o secundaria participen en el día completo del programa todos los días durante los cuales participan los alumnos, excepto según lo permitido por la política de liberación temprana de conformidad con el subpárrafo (B) del párrafo (1) de esta sección o el párrafo (2) de la subdivisión (f) de la Sección 8483.76.

Justificación de la liberación anticipada: Seleccione un código de las cuatro opciones a continuación para decirnos la razón por la que su(s) estudiante(s) necesita irse temprano (en cualquier momento antes del final del programa) cada día de la semana. Si su estudiante no necesita irse antes del final del programa, no se necesita código.

Códigos de liberación anticipada: 1-Walker 2-Transporte 3- Educación fuera del sitio 4-Obligación familiar

	Hora en que el estudiante se irá	Código de liberación anticipada <i>Si el estudiante está saliendo del programa antes del final del programa.</i>	Razón <i>Ejemplo: Mi hijo está en una liga de fútbol los miércoles a las 5 p.m.</i>
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			

Para los estudiantes que caminan a casa (Código de Liberación 1): Todos los estudiantes caminantes serán liberados del programa a la misma hora todos los días, a una hora determinada por el Programa de Aprendizaje Expandido.

Liberación diaria normal: Mi hijo:

☐ Ser unllowed para caminar a casa todos los días ☐ ser recogido diariamente ☐ necesita transporte en autobús todos los días ☐

Padre o tutor #1

apellido	Nombre	Correo electrónico	
empleador	Domicilio	Ciudad	..zip
Teléfono residencial	teléfono celular	Teléfono del trabajo	

Padre o tutor #2

apellido	nombre	Correo electrónico	
empleador	Domicilio	Ciudad	..zip
Teléfono residencial	teléfono celular	Teléfono del trabajo	

¿Hay alguna orden de custodia / visita ORDENADA por la CORTE que limite el acceso a este estudiante?

☐ Y ☐ N

En caso afirmativo, adjunte una orden legal.

El estudiante vive con: ☐ Ambos padres ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor legal

AB 1567 requiere Ampliado Programa de aprendizaje para dar Primera prioridad inscripción a alumnos identificados como jóvenes sin hogar o jóvenes de crianza. Marque esta casilla si elige autocertificar que su hijo es sin hogar jóvenes o jóvenes de crianza.

☐ Jóvenes de crianza temporal

☐ Jóvenes sin hogar

A continuación, indique las personas a las que permite recoger a su estudiante del Programa de Aprendizaje Expandido. Por razones de seguridad, su hijo / hija SOLO será entregado a las personas que se enumeran a continuación. A aquellos que recogen estudiantes se les puede pedir que presenten una identificación antes de que su estudiante sea liberado del programa. Si desea agregar/cambiar nombres, debe comunicarse con el Programa de Aprendizaje Expandido.

_____	_____	_____
nombre	relación	Número de teléfono
_____	_____	_____
nombre	relación	Número de teléfono
_____	_____	_____
nombre	relación	Número de teléfono
_____	_____	_____
nombre	relación	Número de teléfono

Médico y Emergencias

Si su hijo requiere medicamentos en la escuela, todos los medicamentos enviados a la escuela deben estar en el envase original de la receta con una fecha actual y el nombre del niño.

_____	_____	_____
Nombre del medicamento	dosificación	hora(s) dadaísmo(s)
_____	_____	_____
Nombre del medicamento	dosificación	hora(s) dadaísmo(s)
_____	_____	_____
Nombre del medicamento	dosificación	hora(s) dadaísmo(s)
_____	_____	_____
Nombre del medicamento	dosificación	hora(s) dada(s)

Condiciones médicas

Usagafas/lentes de
contacto:

☐ para el trabajo de la
junta

☐ para leer

☐ todos los horarios

Fecha del último examen de la vista:____

☐ Usa(s) audífono(s)

☐ Diabetes

☐ Dependiente de insulina

Las alergias graves
requieren:

☐ Epi-pen

Por favor, explique el tipo de alergia:

☐ Benadryl

☐ Asma actual

Si está marcada:

☐ utiliza inhalador

☐ en la medicación diaria

☐ Convulsiones actuales

Si está marcada:

☐ sobre la medicación

Sírvase explicar cualquier enfermedad reciente, hospitalización, cirugía o cualquier condición médica que pueda requerir alojamiento en la escuela:

Yo/nosotros, confirmo que yo/nosotros somos el padre o tutor legal de (nombre del estudiante) _____
licenciado bajo las disposiciones de la Ley de Práctica Médica y el Departamento de Salud Pública del Estado de California.

Yo/nosotros entendemos que se hará todo lo posible para contactarlo a usted o a los contactos de emergencia antes de brindar tratamiento al estudiante, pero que ninguno de los tratamientos anteriores se retendrá si no se puede contactar a los adultos abajo firmantes o autorizados. Se entiende que su hijo será llevado al hospital disponible más cercano para recibir atención de emergencia, a menos que se especifique lo contrario aquí.

Yo/nosotros entendemos que el distrito escolar no proporciona seguro médico / de accidentes para los estudiantes, y yo/nosotros entendemos además que todos los costos relacionados con el tratamiento médico pueden ser mi / nuestra responsabilidad y no la del distrito escolar o el Superintendente de Escuelas del Condado de Fresno.

Liberación y permisos

- _____ Al inicializar aquí, le doy permiso a mi hijo/hija para asistir al Programa de Aprendizaje Expandido a partir de la conclusión del día escolar regular hasta la salida del programa o la hora de liberación anticipada. Soy consciente de que mi hijo / hija debe ser recogido antes de la hora de salida o tener un tiempo de liberación anticipada documentado. Entiendo que cualquier persona que recoja a mi hijo / hija puede ser requerida para proporcionar identificación al personal del Programa de Aprendizaje Expandido.
- _____ Al inicializar aquí, reconozco que he leído las pautas de asistencia al programa después de la escuela adjuntas y las políticas del programa. Entiendo que mi hijo/hija y mis padres/tutores deben seguir estas pautas y políticas para participar en el Programa de Aprendizaje Expandido.
- _____ Al inicializar aquí, doy mi permiso para que el personal del programa cierre la sesión de mi hijo/hija del programa por razones que incluyen, entre otras, que él / ella está caminando a casa, es recogido temprano o recibe transporte del distrito.
- _____ Al inicializar aquí, permito que mi hijo/hija vea películas durante el Programa de Aprendizaje Expandido, de acuerdo con la política del distrito escolar. Entiendo que como parte del enriquecimiento del Aprendizaje Expandido y las actividades académicas en el aula, los instructores ocasionalmente pueden mostrar películas a los participantes del Aprendizaje Expandido. El Programa de Aprendizaje Expandido elegirá películas de acuerdo con las pautas de selección de películas del distrito escolar. Este formulario servirá como un permiso de permiso.
- _____ Al inicializar aquí, doy mi permiso a mi(s) estudiante(s) para que se inscriban fuera del programa para caminar a casa o tomar el transporte del distrito.
- _____ Al inicializar aquí, permita que mi estudiante participe en encuestas después de la escuela. Entiendo que a mi estudiante se le pide que sea parte de una Encuesta de Estudiantes del Programa de Aprendizaje Expandido, que se administra a través del Superintendente de Escuelas del Condado de Fresno. La encuesta se realizará dos veces este año escolar, como una encuesta previa en octubre y una encuesta posterior en mayo. Esta es una encuesta muy importante que nos ayudará a evaluar y mejorar el programa de Aprendizaje Expandido, que ofrece a su hijo actividades diseñadas para promover el rendimiento académico y el desarrollo de habilidades sociales y emocionales positivas.
- **Contenido de la encuesta.** La encuesta recopila información sobre qué tan bien el programa después de la escuela apoya el desarrollo de habilidades socioemocionales relacionadas con el éxito escolar, incluida la mentalidad de crecimiento, las autopercepciones de la competencia académica, la autorregulación, el compromiso escolar, las percepciones de competencia social, la autoeficacia, la preocupación por los demás y / o la determinación / perseverancia.
 - **Es voluntario.** Su hijo no tiene que tomar la encuesta. Los estudiantes que participan solo tienen que responder a las preguntas que quieran responder y pueden dejar de tomarlo en cualquier momento.
 - **Es confidencial.** Los resultados de esta encuesta se compilarán en informes a nivel de condado utilizados para la evaluación del programa de Aprendizaje Expandido. No se informarán los resultados individuales de los estudiantes. Los resultados se pondrán a disposición para su análisis únicamente en condiciones de estricta confidencialidad. El apellido y la fecha de nacimiento de su hijo se le preguntarán en el formulario de la encuesta, solo con el propósito de hacer coincidir la encuesta previa con la encuesta posterior.
 - **Riesgos potenciales.** No hay riesgos conocidos de daño físico, psicológico o social para su hijo.
 - **Para más información.** Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, sobre sus derechos o no desea que su hijo participe en esta encuesta, llame al Superintendente de Escuelas del Condado de Fresno, Departamento de Niños Seguros y Saludables al 559-497-3887.

Soy el padre o tutor legal de, y por la presente autorizo, al niño mencionado anteriormente a participar en el Programa del Superintendente de Escuelas del Condado de Fresno mencionado anteriormente. Entiendo que la participación de mi hijo en el Programa es voluntaria; y, en consideración de que se permita que mi hijo participe, estoy completamente informado de lo siguiente y por la presente acepto en mi nombre y en el de mi hijo, y en nuestros representantes, cesionarios, herederos, parientes más cercanos y albaceas lo siguiente:

1. Yo, el abajo firmante, estoy plenamente informado de que el Programa puede involucrar actividades que son física, mental y emocionalmente desafiantes y pueden implicar ciertos riesgos para la salud y la seguridad. Asumo plenamente todos los riesgos, lesiones y pérdidas para mi hijo y la propiedad que surjan de, resulten de, o estén relacionados con el Programa.
2. Yo, el abajo firmante, POR LA PRESENTE LIBERO, RENUNCIO, DESPIDO Y PACTO DE NO DEMANDAR al Superintendente de Escuelas del Condado de Fresno, sus funcionarios, empleados, representantes, voluntarios y agentes (colectivamente 'FCSS'), y la Junta de Educación del Condado de Fresno, sus funcionarios, empleados, representantes, voluntarios y agentes (colectivamente 'FCBE') por y de cualquier y toda responsabilidad hacia mi hijo, yo, nuestro representante, cesionarios, herederos y familiares más cercanos por cualquier pérdida o daño, y cualquier reclamo o demanda por el mismo a causa de lesiones a la persona o propiedad de, o que resulte en la muerte de mi hijo, mientras mi hijo viaja hacia o desde, o participa en el Programa.
3. Yo, el abajo firmante, POR LA PRESENTE ACEPTO INDEMNIZAR, SALVAR Y EXIMIR DE RESPONSABILIDAD A FCSS y FCBE de cualquier lesión, pérdida, responsabilidad, daño y / o costo en el que FCSS y / o FCBE puedan incurrir o sostener causados por mi hijo mientras participa en el Programa.
4. Yo, el abajo firmante, ASUMO TODA LA RESPONSABILIDAD POR LESIONES CORPORALES, MUERTE O DAÑOS A LA PROPIEDAD mientras mi hijo participa en el Programa.
5. Yo, el abajo firmante, autorizo cualquier tratamiento médico para mi hijo que se considere necesario en caso de cualquier lesión o enfermedad mientras participo en el Programa, y acepto que soy responsable del costo de dicho tratamiento médico.
6. Yo, el abajo firmante, además acepto expresamente que este Acuerdo está destinado a ser tan amplio e inclusivo como lo permitan las leyes del Estado de California y que si alguna parte del mismo se considera inválida, se acuerda que el saldo, no obstante, continuará en pleno vigor y efecto legal.
7. Yo, el abajo firmante, por la presente

☐ dar consentimiento

☐ no dar consentimiento

a la FCSS o cualquier otra entidad aprobada por la FCSS para tomar fotografías, películas, imágenes digitales, grabaciones de sonido y/o cintas de DVD/video ("grabaciones") de mi hijo, solo o en grupo durante el Programa u otras actividades relacionadas con la FCSS, con el fin de informar a otros estudiantes, maestros, padres y al público en general sobre los objetivos y actividades o métodos de instrucción de los programas y servicios de la FCSS.

- a. Entiendo que estas grabaciones pueden mostrarse a audiencias locales y nacionales, en periódicos locales y publicaciones nacionales, y pueden publicarse en Internet. Se acuerda que puedo inspeccionar o revisar estas grabaciones previa solicitud.
- b. Además, se acuerda que ni mi hijo ni yo tendremos ningún derecho, título o interés en las grabaciones mencionadas anteriormente, ni mi hijo o yo tendremos ningún derecho a ninguna causa de acción por daños o lesiones resultantes de la toma, publicación o difusión de estas grabaciones para el propósito aquí descrito.

Yo, el abajo firmante, HE LEÍDO, ENTIENDO Y FIRMO VOLUNTARIAMENTE ESTE ACUERDO y además acepto que no se han hecho representaciones orales, declaraciones o incentivos aparte de este Acuerdo. Entiendo que al firmar este Acuerdo, estoy renunciando a valiosos derechos legales. Declaro que soy el padre/tutor legal del estudiante nombrado y la información en esta solicitud de tres páginas es verdadera y correcta. Notificaré al Programa de Aprendizaje Expandido si hay cambios en cualquier información indicada en la solicitud.

Nombre impreso del padre/tutor

fecha

Número de teléfono

Firma del padre/tutor