

# Formulario de Inscripción Para el Programa de Después ciclo escolar 2025-2026

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Escuela: \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nombre del maestro \_\_\_\_\_

**Razón para ingresar / los días que asistirá al programa:**

<input type="checkbox"/> Referido por maestro	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes
<input type="checkbox"/> Ayuda académica	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves
<input type="checkbox"/> Horario de trabajo	<input type="checkbox"/> Viernes	
<input type="checkbox"/> Otro: _____		

**INFORMACIÓN DEL PADRE DE FAMILIA/APODERADO LEGAL**

<b>PADRES/APODERADO (Primario)</b>		<b>PADRES/APODERADOS LEGALES</b>	
Nombre: _____	Relación: _____	Nombre: _____	Relación: _____
Dirección: _____	Teléfono: _____	Dirección: _____	Teléfono: _____
Lugar de empleo: _____	Teléfono de trabajo: _____	Lugar de empleo: _____	Teléfono de trabajo: _____
E-Mail: _____		E-Mail: _____	
<input type="checkbox"/> El estudiante vive en esta dirección		<input type="checkbox"/> El estudiante vive en esta dirección	

**CONTACTOS DE EMERGENCIA**

Nombrar a otras personas autorizadas para recoger a su hijo/a del programa (tienen que tener 14 o más años y llevar identificación):

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a las personas incluidas en la tarjeta de emergencia de la escuela para que recojan a mi hijo/a

**INFORMACIÓN MÉDICA**

**Marque (x) cualquier condición médica que su hijo tenga.**

<input type="checkbox"/> Alergias a alimento:	<input type="checkbox"/> Epipen para las alergias
<input type="checkbox"/> Alergias a otras cosas que no son alimenos:	<input type="checkbox"/> Inhalador para alergias
Especifique: _____	<input type="checkbox"/> Inhalador para asma
	<input type="checkbox"/> Epilepsia/Desordende ataques
	<input type="checkbox"/> Diabetes

Indicio o síntomas que su hijo/a presenta para las condiciones médicas mencionadas anteriormente - Especifique: \_\_\_\_\_

Nombre de doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si  No Si requerirá de medicamento. el formulario "Autorización para Administrar Medicamentos" necesitará estar adjunto a este formulario. ¿Requerirá de medicamento durante las horas del programa?

**OTRO**

¿Qué lenguaje habla principalmente su hijo/a? \_\_\_\_\_ Origen étnico: \_\_\_\_\_

¿Qué lenguaje hablan principalmente los padres/apoderados legales? \_\_\_\_\_

¿Preocupación especial con respecto al niño o familia - Especifique? \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN**

Si  No Yo, aquí, doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba cuidado o tratamiento médico de emergencia si no pueden comunicarse conmigo.

Si  No Yo repasaré la política de este programa y las pautas por el cual se rige el programa y entiendo que es mi responsabilidad de asegurarme de que mi hijo/a esté presente hasta la conclusion del programa de cualquier día que asista.

Si  No Yo doy a mi hijo/a permiso para que participe en las excursiones y otras actividades que toman lugar fuera del recinto durante las horas del programa y que se me notificará por avanzado de estas oportunidades.

Si  No Yo doy mi permiso para que mi hijo/a sea fotografiado o grabado para propósitos de promoción del programa.

Si  No Yo doy mi permiso para que mi hijo/a participe anónimamente y/o en confidencia de encuestas y evaluaciones del programa y datos para subvenciones.

El número de niños elegibles que buscan inscribirse en el programa After School a menudo excede el número que puede ser atendido de manera segura y efectiva con los fondos disponibles; por lo tanto, a veces puede que se establezca una lista de espera. Se dará preferencia a los estudiantes que cumplan con los criterios de la subvención y asistan al programa 5 días a la semana durante todo el día del programa. La falta de transporte no será una barrera para la participación. Las opciones de transporte incluyen, entre otras, transporte gratuito en autobús urbano para los estudiantes y un pase de autobús para el tutor.

**Firma de padres de familia/apoderados** \_\_\_\_\_

Relación:  Madre  Padre  Otro \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Office Use Only:

Start Date: \_\_\_\_\_

Revised: May2025