



San Juan Unified School District
Programa de oportunidades expandidas/ YMCA
Solicitud para inscripción 2026-27



Escuela de asistencia	Escuela:			
Nombre del niño	Apellido:		Nombre:	
Dirección del niño	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de nacimiento		Sexo	Masculino	Femenino No binario
Grado/Maestro				
Bilingüe	Sí	No	Idiomas hablados	
Programa Solicitado	Solo antes de la escuela		Solo después de la escuela	Tanto antes como después de la escuela
Padre/tutor:	Relación al niño:			
Teléfono:	Correo Electrónico:			
Padre/tutor:	Relación al niño:			
Teléfono:	Correo Electrónico:			
¿Es hermano/a de un/a estudiante de YMCA o Bridges? Sí No Nombre y escuela del/de la hermano/a:				

INSCRIPCIÓN PRIORITARIA: Se dará prioridad a los estudiantes que cumplan con los requisitos de la Ley McKinney-Vento de Asistencia para Personas sin Hogar, jóvenes en hogares de acogida, estudiantes de inglés como segundo idioma y estudiantes elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Si su estudiante cumple con los requisitos para alguno de los grupos prioritarios, marque esta casilla: ☐

PARTICIPACIÓN: El Programa de Oportunidades de Aprendizaje Ampliadas está abierto a todos los estudiantes que deseen participar y se ofrece por orden de llegada, una vez que se aplica la prioridad. La participación en el programa requiere el cumplimiento de todas las políticas y directrices que se describen a continuación. Los padres/tutores deben asistir a una orientación para padres al inicio del año escolar.

ASISTENCIA: El programa opera durante al menos 3 horas y hasta al menos las 6:00 p.m. Si un estudiante está ausente, los padres tienen que notificar al personal del ELO-P, además de al personal de la escuela. Una acumulación de 10 ausencias no autorizadas podrá ser considerado excesivo. Los estudiantes pueden ser recogidos antes de fin de hora del programa si en acuerdo con la póliza de salida temprana de ELO-P.

CONDUCTA ESTUDIANTIL: Todos los estudiantes tienen que seguir las reglas escolares de San Juan Unified School District y cualquier póliza adicional de ELO-P. **Conducta alborotadora, conducta irrespetuosa hacia otros estudiantes o personal o conducta que crea un problema de seguridad es razón de despedida.** Personal de ELO-P notificará y/o involucrar a los padres/tutores en intervenciones de conducta que sucedan. Animamos a los padres/tutores que compartan sus preocupaciones de conducta con el personal del ELO-P. ***EL PROGRAMA DE OPORTUNIDADES EXPANDIDAS NO TOLERARÁ VIOLENCIA, DROGAS, INSULTOS RACIALES, ACOSO SEXUAL, TOQUE INAPROPIADO O INSULTOS HACIA LOS DEMÁS. SI CUALQUIER DE ESTOS INCIDENTES SUCEDE, ACCIÓN DISCIPLINARIA SERÁ TOMADA INMEDIATAMENTE Y PUEDE RESULTAR EN DESPIDO DEL PROGRAMA.**

Yo he leído y entiendo toda la información de arriba. Con mi firma en este documento, Yo acepto acceder a todas las pólizas y normas del ELO-P y ayudar a mi estudiante a entender y seguir las normas del ELO-P.

Financiamiento para el ELO-P requiere que se colecte y reporte datos estadísticos de estudiantes participantes. Los evaluadores mantienen la información confidencial y ninguna información sobre niños individuales es reportada. Los nombres de padres y estudiantes y toda información identificadora serán mantenida anónimamente y no aparecerá en cualquier reporte impreso del estudio.

Con mi firma en la solicitud de inscripción del ELO-P, yo acuso recibo de este documento y acepto y doy mi consentimiento a la colección y reporte confidencial de la información estadística

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

STAFF USE ONLY

Returning ELO-P or Bridges student Y ____ N ____ If yes, from what school? _____ Student ID Number _____

Date application was received ____/____/____ Time application was received _____ Student's start date ____/____/____

HS/FY Verified Y____ N____ Initials _____

Nombre Entero del Niño _____ Fecha de Nacimiento _____

Teléfono de Casa _____ Celular _____ Otro Teléfono _____

Domicilio _____ El niño vive con: _____

Padre/Tutor _____ Relación _____

Empleador _____ Teléfono de trabajo _____

Padre/Tutor _____ Relación _____

Empleador _____ Teléfono de trabajo _____

Información de Emergencia: Los estudiantes solo serán dados de alta del programa con la firma de un padre/tutor o la de una persona designada a continuación. Si su hijo está enfermo o tiene una emergencia y no se puede contactar a un padre/tutor, su hijo puede ser entregado a un contacto de emergencia designado. Los contactos de emergencia deben tener 16 años o más. *Se requiere que los padres/tutores actualicen la información de emergencia a medida que ocurran cambios.*

CONTACTOS DE EMERGENCIA: (se requiere un mínimo de dos)

NOMBRE	RELACIÓN	TELEFONO DE CASA	CELULAR

Padre/Tutor Debe Marcar Uno

O 1. En caso de una emergencia, cuando un padre o tutor no está disponible, autorizo al personal escolar de hacer arreglos para que mi hijo reciba cuidado médico/hospital, incluyendo transporte necesario, según su mejor criterio. Autorizo al médico nombrado abajo de tomar el cuidado y tratamiento que se considera necesario. En el evento que dicho médico no está disponible, autorizo que tal cuidado y tratamiento sea realizado por y médico o cirujano con licencia. Acepto pagar todo costo que resulte de lo dicho.

O 2. No opto por la declaración de arriba y deseo la siguiente acción en caso de una emergencia: _____

Nombre de Doctor: _____ Teléfono: _____

Cobertura Médica: _____ ID#: _____

VISIÓN: ☐ usa lentes ☐ usa lentes de contacto ☐ debe usarlos siempre ☐ requiere asiento preferencial

Fecha de último examen de vista _____

AUDICIÓN: ☐ problemas de oír ☐ tubos en oídos ☐ usa aparato para oír ☐ requiere asiento preferencial

SALUD GENERAL: 1. Tiene la siguiente condición(es): ☐ asma ☐ epilepsia ☐ desmayos ☐ diabetes ☐ hiperactivo (ADHD)

☐ condición cardíaca ☐ migrañas ☐ alergias _____ reacción a picadura de abeja (describa): _____

☐ Otro: _____

2. Lista de Medicinas Recetadas: _____ Dosis Actual: _____

Para (diagnóstico) _____ Recetado por Dr. _____ Teléfono _____

3. Tiene una condición física que limita participación ☐ no ☐ sí (explique): _____

4. Tiene necesidades especiales ☐ no ☐ sí (explique): _____

“Autorizo la divulgación de información médica de mi niño 1. por el distrito escolar y el proveedor de servicios al agente de cobro y 2. por el distrito escolar a mi compañía de seguro médico a como sea necesario para procesar reclamaciones o para pedir reembolso de los Beneficios de Asistencia Médica. Dicha información se limitará a solo documentación de servicio de salud.”

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde _____ Relación _____