

Formulario de Inscripción Para el Programa de Después ciclo escolar 2026-2027

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Escuela: _____

Apellido _____ Nombre _____

Grado _____ Fecha de nacimiento _____ Nombre del maestro _____

Razón para ingresar / los días que asistirá al programa:

- | | | |
|---|------------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Referido por maestro | ☐ Lunes | ☐ Martes |
| ☐ Ayuda académica | ☐ Miércoles | ☐ Jueves |
| ☐ Horario de trabajo | ☐ Viernes | |
| ☐ Otro: _____ | | |

INFORMACIÓN DEL PADRE DE FAMILIA/APODERADO LEGAL

PADRES/APODERADO (Primario)

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Lugar de empleo: _____

Teléfono de trabajo: _____

E-Mail: _____

☐ El estudiante vive en esta dirección

PADRES/APODERADOS LEGALES

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Lugar de empleo: _____

Teléfono de trabajo: _____

E-Mail: _____

☐ 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.

- ☐ Alergias a alimento:
- ☐ Alergias a otras cosas que no son alimenos:
- Especifique: _____

- ☐ Epipen para las alergias
- ☐ Inhalador para alergias
- ☐ Inhalador para asma
- ☐ Epilepsia/Desordende ataques
- ☐ 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 "Autorizacion 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: Mar 2026