

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**

<u>PADRES/APODERADO (Primario)</u>		<u>PADRES/APODERADOS LEGALES</u>
Nombre: _____	Nombre: _____	
Relación: _____	Relación: _____	
Dirección: _____	Dirección: _____	
Teléfono: _____	Teléfono: _____	
Lugar de empleo: _____	Lugar de empleo: _____	
Teléfono de trabajo: _____	Teléfono de trabajo: _____	
E-Mail: _____	E-Mail: _____	
☐ El estudiante vive en esta dirección	☐ 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:	☐ Epipen para las alergias
☐ Alergias a otras cosas que no son alimenos:	☐ Inhalador para alergias
Especifique: _____	☐ 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 "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: Mar 2026