

Pare uso official
Fecha Matriculado: _____



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE FY 2023

Este formulario debe ser llenado y firmado por el padre o tutor de un estudiante que se inscribe en un programa extracurricular.

Por favor, note que nadie será negado que los servicios basados en la incapacidad de pagar.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Mes Día Año

Genero: o M o H Raza/Origen étnico _____ ¿

Educación Especial: o Si o No Servicios Especiales: o Si o No

Idioma(s) que se habla(n) en la casa: _____ Almuerzo Escolar gratis/reducido: o Si o No

Grado actual: _____ Nombre de Escuela: _____ Maestro actual (del salón) _____

Dirección de la casa _____
Calle No. de Apto. Ciudad Estado Código postal

INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE/TUTOR

Padre/Tutor #1

Nombre _____

Parentesco con el estudiante
(____)

Teléfono de la casa _____

Lugar de empleo
(____)

Teléfono del trabajo
(____)

Otro Telefono _____

Dirección _____

Padre/Tutor #2

Nombre _____

Parentesco con el estudiante
(____)

Teléfono de la casa _____

Lugar de empleo
(____)

Telefono de trabajo
(____)

Otro Teléfono _____

Dirección _____

RECOGIDO O ENTREGA DEL NIÑO

Doy permiso a mi hijo para caminar a la casa solo a la hora de salida. o Sí o No

Mi hijo será recogido después de la escuela por mí o por una de las siguientes personas:

Nombre Parentesco con el niño Teléfono

"This project was funded in its entirety with federal Elementary and Secondary Education Act, Title IV, Part B, 21st Century Community Learning Center (21st CCLC) grant funds through a grant agreement with the New Jersey Department of Education."

Nombre	Parentesco con el niño	Teléfono
Nombre	Parentesco con el niño	Teléfono

C. NO ENTREGUE A MI HIJO A LAS SIGUIENTES PERSONAS:

Nombre	Parentesco con el niño
Nombre	Parentesco con el niño

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

Sírvase identificar a dos personas a las que se puede llamar entre las 2:30 p.m. y las 5:30 p.m. si usted no está disponible.

Nombre
Parentesco con el estudiante
Dirección ()
Teléfono de la casa ()
Teléfono alternativo

Nombre
Parentesco con el estudiante
Dirección ()
Teléfono de la casa ()
Teléfono alternativo

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE

Cuales son los intereses de su hijo/a? _____

Hay alguna tema de estudio que usted piensa que el programa debe enfocar? _____

Yo doy permiso para que la escuela compartir información sobre el progreso académico de mi hijo/a a 21st CCLC, incluyendo, IEP's pero no limitado a sus resultados de exámenes y notas escolares.

FIRMA DEL PADRE

Yo doy permiso a mi hijo para participar en el programa extracurricular.

Firma del padre/tutor

Fecha

Por favor, note que nadie será negado que los servicios basados en la incapacidad de pagar.

HISTORIAL DE SALUD (A SER COMPLETADO POR EL PADRE O TUTOR)

Este historial de salud confidencial sólo será utilizado para garantizar la seguridad del niño en este programa. Esta información es confidencial y no será compartido afuera de este programa escolar. Puede continuar sus anotaciones en el reverso de este formulario.

Nombre del alumno:	Fecha de nacimiento:
---------------------------	-----------------------------

1. Suministre la historia clínica de su hijo.

ENFERMEDAD	SI (Si si, consignar fecha aprox.)	NO
Asma	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Convulsiones / accesos	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Infecciones en el oído	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Varicela	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Sarampión	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Rubéola	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Paperas	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Dispositivo de corrección (Anteojos, audífono, etc.)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo usa un inhalador?	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>

ALERGIA	SI	NO
Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picaduras de insectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pomadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de contestar "sí" en alguno de los casos anteriores, especificar la alergia y describir la reacción.		

2. Mencionar enfermedades significativas o cirugías. Indicar la fecha e instrucciones.

3. Situaciones o necesidades especiales que el personal del programa debería conocer:

<input type="checkbox"/> El niño tiene problemas de comportamiento /emocionales
<input type="checkbox"/> El niño tiene una discapacidad física
<input type="checkbox"/> Otros (describir)

4. Necesidades especiales respecto del cuidado de la salud

¿Su hijo tiene necesidades especiales respecto del cuidado de la salud que requieren tratamiento y/o medicación? SI NO
En caso de si, describir a continuación. Si su hijo necesita tratamiento y/o medicación durante las horas extra-escolares, complete el formulario *Plan de salud para un niño con necesidades especiales respecto del cuidado de la salud.*

--

5. Medicación

¿Su hijo está medicado por alguna enfermedad? SI NO En caso de si, describir a continuación.
Si su hijo requiere medicación durante las horas extra-escolares, complete el formulario *Consentimiento de Medicación.*

--

6. Mi hijo puede participar en todas las actividades del programa excepto en las consignadas en el punto.

--

Firma del padre/tutor

Fecha



Positive Impact Program at Grace A. Dunn Middle School

AUTORIZACIÓN PARA ENTREVISTAS, FOTOS Y VIDEOS (deberán completarla los padres o tutor)

Certifico que soy el padre (la madre) o tutor legal de _____, cuya fecha de nacimiento.

Entiendo que este programa extra-escolar se caracteriza por contar con eventos especiales, ya sea dentro o fuera de la escuela. Los representantes de los medios, periodistas gráficos y televisivos, fotógrafos de relaciones públicas pueden asistir a estos eventos a fin de efectuar su cobertura. En algunos casos, pueden entrevistar y/o fotografiar a los niños que participan en dichos eventos. Estas fotografías, videos y entrevistas solamente podrán ser utilizadas para promocionar este programa.

Autorizo a que mi hijo sea fotografiado o de otro modo registrado durante los eventos y actividades extra-escolares, y a que cualquier o todas las fotografías sean exhibidas por [NOMBRE DE LA AGENCIA, NOMBRE DE LA ESCUELA Y DEL PROGRAMA EXTRA-ESCOLAR] o por Positive Impact en cualquier medio (libros, newsletters, sitios web, etc.), ya sea en los actuales como en los que pudieran surgir o desarrollarse en el futuro.

FIRMA DEL PADRE (MADRE) O TUTOR

FECHA

CONSENTIMIENTO DE ENCUESTA (Para ser completado por el padre o tutor)

Para obtener más información sobre las experiencias de los participantes con el programa 21st CCLC, podemos pedirle a su hijo que complete encuestas cortas en línea o en papel. Toda la información se almacena en una base de datos informática protegida con contraseña. Solo el personal aprobado de 21st CCLC puede ver la información.

Nunca compartiremos las respuestas de ningún niño. Solo compartiremos los resultados de las encuestas para el programa 21 CCLC en su conjunto. La participación de usted y su hijo en las encuestas es voluntaria y no afectará su capacidad ni la de su hijo para participar en el programa.

Si tiene alguna pregunta sobre las encuestas, puede comunicarse con la evaluadora de programas de CHSofNJ, la Dra. Jill Patterson, en jpatterson@chsofnj.org, o el director de servicios escolares, el Sr. Michael Roseborough, en mroseborough@chsofnj.org.

POR FAVOR MARQUE UNA DE LAS CAJAS Y FIRME A CONTINUACIÓN.

Acuerdo para participar: He leído y entiendo este formulario. Acepto que mi hijo responda las encuestas.

Negativa a Participar: He leído y entiendo este formulario. NO doy permiso para que mi hijo responda las encuestas.

FIRMA DEL PADRE (MADRE) O TUTOR

FECHA

Si no desea que su hijo participe en las actividades antes descritas, por favor examine nuevamente esta sección del presente formulario.

NO AUTORIZO a que mi hijo sea fotografiado o de otro modo registrado durante los eventos y actividades extra-escolares. Por lo tanto, mi hijo no podrá participar en estos eventos y actividades.

FIRMA DEL PADRE (MADRE) O TUTOR

FECHA