



Se notificara el padre/tutor en cuando se aprueba las matriculacion.



21ST CENTURY PROGRAMA DE VERANO
2017-2018 FORMULARIO DE INSCRIPCION

NOMBRE DE ESTUDIANTE: (apellido) (nombre) (sn)
DIRECCIÓN: (apt #)
CÍUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: FECHA DE NACIMIENTO: (edad)
GÉNERO: (macho) (hembra) RAZA: ESCUELA: GRADO:
ID # DE ESTUDIANTE: PRIMER IDIOMA :
MAESTRO
HERMANOS/GRADO:

PADRE/GUARDIAN LEGAL (nombre)
DIRECCIÓN (ciudad/estado) (código postal)
PATRÓN (teléfono de trabajo)
PONER EN CONTACTO (a casa telefono) (teléfono celular) (correo electrónico)
COLQUE UN "X" EN SU MODO PREFERIDO PARA SER PUESTO EN CONTACTO:
Teléfono de casa de trabajo de celular correo electrónico

MADRE/GUARDA LEGAL (nombre)
DIRECCIÓN (ciudad/estado) (código postal)
EMPLEO (teléfono de trabajo)
PONER EN CONTACTO (a casa telefono) (teléfono celular) (correo electrónica)
COLOQUE UN "X" EN SU MODO PREFERIDO PARA SER PUESTO EN CONTACTO:
Teléfono de casa de trabajo de celular correo electrónica

¿CÓMO LLEGARA SU NIÑO A CASA DESPUES DEL PROGRAMA?
(autobús de escuela) (paseo: estudiante firma) (es recogido: debe de enseñar ID) (otra manera):
Entiendo que mi niño DEBE SER RECOGIDO después del programa. Si no se recoge, el personal del programa le llamara a seguridad de YISD o El Paso Pólíce. Después de tres recogidas tarde, su niño puede se retirara del programa

¿QUIÉN TIENE EL PERMISO DE RECOGER A SU NIÑO AL FINAL DEL DIA?
(nombre/relación) (teléfono)
(nombre/relación) (teléfono)

INFORMACION MÉDICA: Por favor haga lista de cualquier problema medico que su niño(a) pueda tener, como alergias, enfermedades, prescipciones de medicaciones, heridas serias, y/o hospitalizaciones:

NOMBRE DEL DOCTOR: TELÉFONO:
DIRECCIÓN DEL DOCTOR: (ciudad/estado) (código postal)

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA: Por si el niño llamado en esta documento sufra un accidente o enfermedad de repente, y no se pudo comunicar por teléfono con gentes autoizadas, autorizo a un representante de YISD a mandar al niño con medico apropiado. El YISD no puede ser sostenido reponsable de ningún gasto incurrido:

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN: (fecha)

CONTACTOS EN CASO DE LA EMERGENCIA Y NO SE PUEDE COMUNUCAR CON LOS PADRES:
(nombre/relación) (teléfono)
(nombre/relación) (teléfono)

COMPLETE EL REVERSO DE ESTA PAGINA

AUTORIZACION PARA (nombre de niño/a): \_\_\_\_\_

### **POR FAVOR DE LEER PREMISOS**

- \* Estoy de acuerdo que ni el programa ni sus empleados y voluntarios son responsables o legalmente obligados de cualquier pérdida personal o de cualquiera lesiones corporales incurridas en y sufridas por el niño en cualquier característica del programa o con respecto a cualquier actividad del programa.
- \* Doy permiso de acceso al personal del programa a los expedientes de la escuela (calificaciones, asistencia, comportamiento, etc.) de mi niño(a) para afocar mejor en sus necesidades academicas.
- \* Doy permiso al personal de este programa de compartir a los proveedores del programa el # de identificación en YISD de mi niño(a) para el determinar la eficacia del programa. Solamente datos del grupo (es decir. la información con respecto grados, la asistencia, el comportamiento, etc. para todos los estudiantes en el programa) será examinada, ningunos datos conectados específicamente con su estudiante será identificada.
- \* Entiendo que los expedientes y la información prestada bajo este consentimiento serán mantenidos en confidencia hasta permitida por ley y utilizados para el propósito indicado.
- \* Entiendo que si mi niño(a) está ausente del programa, recibiré una llamada telefónica que me notifica su ausencia cuando no haya mandado aviso que mi niño no va asistir el programa ese dia.
- \* Entiendo que si tengo cualquiera preguntas sobre estos premisos, puedo preguntarle a mi coordinador del programa.
- \* Permitiré gradaciones de video o fotografías de mi niño(a) mientras este conviviendo en actividades del programa y permit que esas imágenes se utilizen para los propósitos de la publicidad y/o del reclutamiento. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- \* Estoy interesado en ofrecerme voluntariamente con el programa del después de escuela, sobre el consejo consultivo o en otra capacidad, tal como enseñanza de una clase. SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

### **ESTOY DE ACUERDO CON LAS DECLARACIONES ESCRITAS**

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

### **POR FAVOR DE LEER Y INICIAL POLICA DE COMPORTAMIENTO**

Se espera que su niño/a se comporte apropiadamente siempre y siga las reglas del \_\_\_\_\_.  
(nombre de la escuela)

- \_\_\_\_\_ Entiendo que si mi niño/a no sigue las reglas él o ella recibe una advertencia verbal.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que si el comportamiento inapropiado continúa, recibiré una llamada telefónica sobre mi niño/a.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que si el problema continúa, despedirán a mi niño/a del programa.
- \_\_\_\_\_ **Entiendo que los pleitos y/o el comportamiento sexual inadecuado son causas para despedir inmediatamente el nino(a) del programa.**

**¿ TIENE USTED COMENTARIOS O SUGERENCIAS?** \_\_\_\_\_

---

### ***TODA LA INFORMACIÓN ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL***

Soy el padre o el guardian legal del menor de edad nombrado arriba y tengo autoridad legal para ejecutar este consentimiento y premiso.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

*¡GRACIAS! ¡ESPERAMOS UN BUEN PROGRAMA DE VERANO!!*