



RSG 21<sup>st</sup> CCLC-Gettysburg – Inscripción al Programa Después de la Escuela– año escolar 2017-2018

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Grado Escolar \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

Demografía: (esta información se utiliza únicamente para elaboración de informes)

Género del estudiante: (marque uno)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Estudiante es elegible para: (marque uno)	<input type="checkbox"/> Almuerzo Gratis <input type="checkbox"/> Almuerzo a precio reducido <input type="checkbox"/> N/A
Estudiante recibe aprendizaje servicios de apoyo: (circule uno)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Raza/etnia del estudiante: (marque uno o más)	<input type="checkbox"/> Hispanic Latina <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Afroamericano / Negro <input type="checkbox"/> Blanco isleño hawaiano o Pacífico <input type="checkbox"/> Native

**El programa es del lunes al viernes, desde la salida de la escuela hasta las 5:30 pm**

**Por favor, indique los días que su hijo estará presente en el programa:**

Lunes     Martes     Miércoles     Jueves     Viernes

**Acuerdo de Padres/Tutores.**

- Entiendo que, para seguridad de mi hijo, debo firmar al momento de recogerlo del programa. También entiendo que mi hijo sólo se dejará ir con las personas enlistadas en la información de emergencia de mi hijo, y que seré contactado inmediatamente si cualquier persona no autorizada intenta recoger a mi hijo.
- Entiendo que el personal del programa aplicará los menores primeros auxilios (vendas/bolsas de hielo) a mi hijo, pero no puede suministrar medicamentos por vía oral. El personal se comunicará con los padres o tutores si los primeros auxilios son necesarios. Doy consentimiento para que RSG busque atención médica de emergencia si es necesario.
- Entiendo que el programa de después de la escuela tiene la misma expectativa de comportamiento de los estudiantes como la escuela, y que asistir a cualquier programa de RSG es un privilegio y es voluntario.
- Doy permiso para el personal de RSG obtenga la siguiente información de mi hijo: datos de asistencia a la escuela y puntualidad; datos de evaluación del estado (PSSA, otros resultados de exámenes, etc.); tarjeta de calificaciones; datos de disciplina de la escuela; encuestas de servicios pre y post; comentarios de los maestros y administradores, bajo el entendimiento de que esta información se mantendrá confidencial a todos niveles.
- Yo doy permiso a RSG para tomar fotos y video de mi hijo en el programa después de clases con el entendimiento de que estas imágenes pueden utilizarse para: proyectos / Mostrar tablas; anuarios de estudiantes, páginas de web/Facebook/Twitter de RSG; en los periódicos locales y compartir con socios y colaboradores de RSG.
- Yo entiendo que si la escuela se cancela o cierra temprano, no habrá ningún programa ese día, si RSG decide cancelar el programa, el personal se pondrá en contacto con los padres o tutores antes de 14:00 siempre que sea posible.

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Favor de completar la forma de información de emergencia.



=====

**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de línea: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de línea: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

=====

**Por favor indique a dos personas que podamos contactar en caso de emergencia y que tienen permiso para recoger a su hijo. Estos contactos deben estar disponibles durante las horas de programa.**

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**Por favor indique cualquier alergia o condición médica que debemos saber:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Por favor indique alguna discapacidad o necesidad especial:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Transporte:**

\_\_\_\_\_ Mi hijo puede caminar a nuestro domicilio a las 5:30 pm cuando termine el programa.

Por favor recoja a su hijo a las 5:30 pm (lunes a viernes) tiene que firmar con un empleado de RSG y dependiendo de la situación deberá presentar identificación.

\* Por favor, envíe una nota fechada y firmada, al personal de la RSG si usted necesita hacer arreglos de transporte diferentes a los convenidos en esta forma.

**Cualquier otra información que el Coordinador de RSG debe saber:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_