

2020-2021 Formulario de Registración para El Programa de Enriquecimiento Estudiantil Después de Escuela



Complete y regrese esta forma a la escuela de su hijo/a.

Llenar esta formulario no garantiza la inscripción

Una forma por estudiante

El Programa está abierto inmediatamente después de la escuela hasta las 5:15 pm

School (check one): Hester: TK K 1 Snowden: 2 3 Freedom: 4 5 6 Junior High: 7 8

Apellido: _____ Primer y Segundo: _____
 Nombre de hijo/a: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Genero: F M Nombre de Padre(s) o Guardián(s): _____
 Ay una orden de la corte? (Marque uno) No Si (Una copia será necesitada antes de empezar el programa)
 Domicilio: _____ Apt: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

#Teléfono Casa	# Celular Madre/Guardián	Num. de Trabajo
	# Celular Padre/Guardián	Num. de Trabajo

Por favor escriba los nombres adicionales de los niño/as que estará inscribiendo en el programa. Se ocupara una forma de registración diferente.
 Nombre: _____ Grado: _____ Nombre: _____ Grado: _____
 Nombre: _____ Grado: _____ Nombre: _____ Grado: _____

Información para la Salida

La seguridad es prioridad en el Distrito Escolar Unificado de Farmersville, por lo tanto, ningún niño será liberado del programa sin una firma del padre/guardián o de uno de los individuos a continuación. Por favor Nota: todas las personas que anote a continuación deben ser al menos de 16 años de edad o mayores.

Persona(s) autorizadas de recoger a su hijo/a. (Persona debe enseñar identificación con retrato).
 Nombre: _____ Relación: _____ #de Teléfono: _____
 Nombre: _____ Relación: _____ #de Teléfono: _____
 Nombre: _____ Relación: _____ #de Teléfono: _____
 Nombre: _____ Relación: _____ #de Teléfono: _____

¿Está su hijo/a bajo tomando algún medicamento(s)?
 Si su respuesta fue si, por favor marque todas las condiciones siguientes que su hijo/a tiene e indique si el medicamento estará en la escuela.

<input type="checkbox"/> Picadura de abeja "Epi-pen" <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Asma Inhalador <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diabetes Insulina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Alergias de Comida
<input type="checkbox"/> Necesidades Especiales / Incapacidad: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____			

Si no se me puede localizar, yo autorizo por este medio el transporte de mi hijo/a por ambulancia a una facilidad médica, a mi costo, para proporcionar el tratamiento médico. (Iniciar)

Consentimiento para Fotos y Películas

Da permiso que el programa de Después de Escuela use retratos de su hijo/a en materiales educativos o promocionales? Si No
 Como parte de las actividades de enriquecimiento extracurricular y académico del Programa Después de Escuela, los instructores de vez en cuando exhibirán películas a los estudiantes. Estas películas son clasificadas "G" o "PG"
Da permiso a su hijo/a ver una película clasificada "G" o "PG?" Si No (Los padres pueden solicitar una lista de películas antes de su exhibición)

Si opto por designar a mi hijo/a que camine a casa, le doy permiso para que el personal firme a mi hijo/a fuera del programa.
 Si opto por designar a mi hijo/a que sea recogido, debe ser firmado por el padre/madre, guardián o cualquier otra persona designada por el padre/madre o guardián.
Por favor marque la casilla apropiada: Sera Recogido/a Caminara a casa

Favor de leer y Firmar debajo: Yo entiendo que el programa de después de escuela de Farmersville es un programa GRATIS. Estos servicios son posibles por becas del Estado y finanzas del Distrito. He leído y entiendo las condiciones de la participación de mi hijo/a en el Acuerdo del El Programa de Enriquecimiento Estudiantil Después de Escuela. También entiendo que es obligatorio asistir a una orientación antes de que mi hijo/a pueda comenzar el programa.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Para el uso de la oficina solamente/For office use only.
 Enroll Date: _____ Teacher: _____ Tutor: _____ Attended Orientation
 Date Disenrolled: _____ Reason: _____ Date: _____