



REGISTRO DE ESTUDIANTES PARA PROGRAMAS DESPUES DE ESCUELA

<p>Nombre: _____ Apellido: _____</p>	<p>Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Grado: _____</p>
<p>Raza/Etnica (marque todos los que correspondan)*: <input type="checkbox"/> Hispano/Latinoamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Norteamericano /Africano <input type="checkbox"/> Indio-Americano <input type="checkbox"/> Multi-Raza <input type="checkbox"/> Blanco</p>	<p>Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Edad: _____ El Idioma principal hablado en casa: _____</p>
<p>¿Califica su niño/a para la comida libre o reducida? * <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro Número de Personas en la familia: _____ *Información es estrictamente opcional y sólo será utilizada para reportar propósitos.</p>	<p>Número escolar del estudiante: _____ Tel. Celular del estudiante (si es aplicable): _____ Hermano/a(s) en esta escuela: _____</p>

Nombre del Padre o Tutor: _____

La relación con el niño: _____

¿El niño/a vive con? Madre Padre Tutor

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la casa: _____

Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono de Trabajo _____

¿Dónde prefiere ser contactado? Casa Trabajo

Celular correo electrónico Texto

En Caso de Emergencia (incluyéndole a usted; deben ser mayores de 18 años)

Cualquier cambio debe ser proveído por escrito a el/la coordinadora de CSI

Todas las personas autorizadas deberán ser mayores de 18 años de edad para poder firmar la salida del niño que participa en el programa.

1. En caso de emergencia, Contactar a: _____ Parentesco: _____

Número de Teléfono para emergencias: _____ Otro: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código Postal: _____

¿Le da permiso a esta persona para poder recoger a su hijo/a? Si No

2. En caso de emergencia, Contactar a: _____ Parentesco: _____

Número de Teléfono para emergencias: _____ Otro: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código Postal: _____

¿Le da permiso a esta persona para poder recoger a su hijo/a? Si No

PRIMEROS AUXILIOS & CUIDADOS MEDICOS DE EMERGENCIA

Nombre del médico familiar: _____ Teléfono: _____

Hospital que prefiere: _____ Seguro Médico: _____

El estudiante toma medicamentos? Si No Si la respuesta es Si, favor de especificar: _____

El medicamento tendrá que ser tomado durante las horas de programa? Si No

Si la respuesta es SI, **favor de comunicarse con el supervisor del programa CSI**

¿El niño(a) requiere ayuda adicional por condiciones médicas o condiciones con comportamiento?

Si No

Si su respuesta es Si, favor de especificar: _____

Tiene el estudiante alergias, dietas especiales o condiciones medical crónicas? Si No

Si la respuesta es SI, favor de especificar: _____

CONTACTO ADICIONAL PARA LA LIBERACION DE NIÑOS

Favor de comunicarse con el supervisor de programas de CSI en su escuela para los procedimientos adicionales.

Permiso del Padre o Tutor – Por Favor Ponga Sus Iniciales En Cada Selección Para Aceptar

Inicial

Fotografía/Video: Doy permiso para que imágenes de mi hijo/a sean usados en conexión con las actividades del programa de CSI, en artículos de revistas y periódicos, producciones de televisión y video, y otras presentaciones relacionadas con el programa de CSI y sus proveedores.

Inicial

Internet: Autorizo al programa de CSI para publicar la información sobre mi hijo/a en el Internet (en las páginas del programa de CSI u otras páginas relacionadas con programas de CSI). Entiendo que esta información será disponible para cualquier persona que usa el Internet. **El nombre del estudiante; una foto del estudiante (individual o en grupo); una foto del estudiante con identificación (sólo primer nombre); la propiedad intelectual del estudiante como obras de arte, poesía, cuentos etc.; una imagen del estudiante en forma de video.**

Inicial

Comportamiento: Entiendo que el programa de CSI es responsable por mantener un ambiente educacional seguro y, si el comportamiento de mi hijo/a es negativo o contra las reglas del programa de CSI, mi hijo/a puede ser expulsado del programa. Entiendo que cada programa proveerá a mi estudiante con las expectativas de comportamiento y que mi hijo/a va a saber y seguir estas expectativas.

Inicial

La Colección de Información y el Apoyo de Estudiantes: Autorizo la publicación interna de información en documentos académicos de mi hijo/a, que incluyen el calendario escolar, documentos de asistencia, información de éxitos académicos. Doy permiso al programa de CSI que **directamente** provee servicios a mi hijo/a, a usar estos documentos para la evaluación de estudiantes, el apoyo en curso, y para evaluaciones internas del programa. Entiendo que mi hijo/a posiblemente puede conversar con proveedores del programa de CSI sobre su evaluación académica para apoyar el desarrollo de mi hijo/a en la escuela. Autorizo y doy permiso para que mi hijo/a participe en actividades de evaluaciones internas.

Estoy de acuerdo con todo lo escrito arriba, y como padre/tutor doy permiso a mi hijo/a, para participar en los programas de CSI.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____