

New York State 21st Century Community Learning Centers (CCLC)
[Program Name] Enrollment Form [School Year]

PHOTO OF CHILD (Optional)	Nombre Completo del Estudiante: Nombre Preferido:		Fecha de Nacimiento:	Sexo:	
	Dirección del Estudiante:				
	Número de Teléfono:		Lenguajes hablados en el Hogar:		
	Grupo Étnico/Racial: <input type="checkbox"/> Americano Indígena/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islandés del Pacífico <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Otro _____				
	Student ID Number (to be completed by Program/ esta parte debe de ser completada por el Programa): <input type="checkbox"/> NYSED ID <input type="checkbox"/> District ID		Escuela de Atención:		Grado:
	Nombre de Persona Inscribiendo el Estudiante:		Relación al Estudiante: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Niñera/o <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro _____		
	Dirección de la persona Inscribiendo al Estudiante (solo si es diferente):				
	Numero(s) de Teléfono de la Persona Inscribiendo al Estudiante: Correo Electrónico:				

Nombre(s) de Contactos de Emergencia	Autorizado a Recoger el Estudiante	Número de Teléfono Primario	Otro Número de Teléfono/ Correo Electrónico
Contacto Primario:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Contacto Primario:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Contacto Secundario:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Liberación del Estudiante al Despido

Doy permiso que mi hijo/a camine solo/a a la casa: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
No, mi hijo/a será recogido al fin del programa por el/los siguientes(s) Individuo(s):		
Nombre:	Numero:	Relación al Estudiante:
Nombre:	Numero:	Relación al Estudiante:

Mi Hijo/a NO PUEDE ser recogido por los siguientes Individuos:

Nombre:	Relación al Estudiante:
Nombre:	Relación al Estudiante:
Nombre:	Relación al Estudiante:

Liberación del Estudiante Durante Emergencias Médicas

Si no estoy disponible durante emergencias, mi hijo puede ser entregado a una de las siguientes personas:

Nombre:	Numero:	Relación al Estudiante:
Nombre:	Numero:	Relación al Estudiante:

Información de Salud del Estudiante

Toda la información es confidencial y es utilizada por el personal del programa para garantizar la seguridad de los estudiantes.

¿Tiene su hijo/a algún de los siguientes?

Alergias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, enumere a qué su niño es alérgico: En caso afirmativo, ¿necesita / usa su hijo un EpiPen? <input type="checkbox"/> Si* <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿usa su hijo un inhalador u otro medicamento para el asma? <input type="checkbox"/> Si* <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿necesita su hijo medicamentos o control de glucosa en sangre? <input type="checkbox"/> Si* <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿tiene su hijo una receta para el glucagón? <input type="checkbox"/> Si* <input type="checkbox"/> No
Trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿necesita su hijo medicamentos para prevenir o tratar las convulsiones? <input type="checkbox"/> Si* <input type="checkbox"/> No
Condición de visión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, y su hijo necesita ayuda en la escuela además de usar anteojos o lentes de contacto, describa:
Condición de audición	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, y su hijo necesita ayudas en la escuela que no sean audífonos, describa:
Limitaciones físicas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Puede su hijo participar en la clase de educación física en la escuela sin limitaciones? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso negativo, enumere sus limitaciones de actividad:
Otro medicamento(s)	<input type="checkbox"/> Si* <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, indique:

¿Tiene su hijo necesidades dietéticas especiales, otras necesidades de salud o necesidades conductuales / emocionales? En caso afirmativo, describa:

** Tenga en cuenta que los medicamentos tomados o administrados en el programa necesitarán el consentimiento por escrito de los padres / tutores y la orden del proveedor de atención médica. Por favor, consulte con el director del programa / coordinador del sitio para más detalles.*

Acuerdos

Doy permiso a mi hijo para inscribirse y participar en el programa 21st CCLC Si No

Entiendo que los siguientes acuerdos y consentimientos **no son condiciones previas para la aprobación** para participar en el 21st programa CCLC. Si No

Doy mi consentimiento para tratamiento médico de emergencia para mi hijo Si No

Doy mi consentimiento para que mi hijo participe en entrevistas, el uso de citas y la toma de fotografías, películas o videos por parte del [Nombre del programa]. También otorgo a [Nombre del programa] el derecho de editar, usar y reutilizar dichos productos para fines sin fines de lucro, incluido el uso en forma impresa, en Internet y en todas las demás formas de medios. También libero [Nombre del programa] y sus agentes y empleados de todos los reclamos, demandas y responsabilidades en relación con lo anterior.
 Si No

Doy mi consentimiento para que mi hijo participe en excursiones, fuera del sitio del programa, bajo supervisión. Si No

Entiendo que el programa puede necesitar permisos adicionales para situaciones como transporte, medicamentos, divulgación de información y excursiones. Yes No

Proporcione información sobre las necesidades especiales de mi hijo al programa para ayudar en la seguridad de mi hijo Si No

Entiendo que la información sobre las necesidades especiales de aprendizaje de mi hijo será compartida por la escuela de inscripción de mi hijo con el personal del programa 21st CCLC sobre la base de la necesidad de conocer el beneficio educativo de mi hijo Si No

Acepto revisar y actualizar esta información cada vez que ocurra un cambio y al menos una vez al año. Si No

Estoy de acuerdo en hablar con el personal del programa sobre el progreso y la participación de mi hijo en el programa 21st CCLC.
 Si No

Si en algún momento cambio de opinión sobre la participación de mi hijo (cualquiera o todos los aspectos), me comunicaré con el coordinador del sitio. Si No

Datos del estudiante y consentimiento de evaluación

Para monitorear la efectividad del programa y asegurar su éxito futuro, un evaluador independiente está llevando a cabo una evaluación continua del programa. Es la intención de la evaluación del programa aprender cómo estos servicios ayudan a los estudiantes y cómo se puede mejorar el programa para cumplir con los requisitos de la subvención.

Los datos individuales de los estudiantes solo se utilizarán para evaluar el programa 21 CCLC y no se harán públicos. Participar en la evaluación no afectará a mi hijo en la escuela, en el 21st programa CCLC ni de ninguna otra manera. Mi nombre o el nombre de mi hijo no se utilizarán en ningún informe y nuestras identidades no serán reconocibles en ningún informe. Al final de la evaluación, todos los registros que incluyen información personal serán destruidos. La participación en este estudio es completamente voluntaria y no se requiere en el programa 21st CCLC; los participantes pueden retirarse del estudio en cualquier momento sin afectar la participación del niño en el programa 21st CCLC.

El programa obtendrá datos demográficos que incluyen, entre otros, grupos raciales / étnicos, género, nivel de grado, dominio del inglés, elegibilidad para almuerzos gratis o a precio reducido y necesidades especiales del [distrito / NYSED] para estudiantes en el programa 21st CCLC. Solo marque la siguiente casilla si desea optar por no participar y no compartir esta información.

El programa obtendrá los registros de mi hijo de [escuela / distrito / NYSED] que muestran su progreso, información que incluye, entre otros, inscripción, calificaciones, puntajes de exámenes de la ciudad y / o el estado, y asistencia al programa 21 CCLC. Solo marque la siguiente casilla si desea darse de baja y no compartir esta información.

Entiendo que a mi hijo y a mí se nos puede pedir que participemos en encuestas y / o entrevistas sobre el programa 21st CCLC y sus efectos. Solo marque la siguiente casilla si desea darse de baja y no participar en encuestas y / o entrevistas.

Al firmar a continuación, certifico que toda la información (arriba) es verdadera y correcta según mi leer, saber y entender.

Nombre del padre / Persona en relación / Guardian

Firma del padre / Persona en relación / Guardian

Fecha Firmado