

Estado de Nueva York 21st Century Community Learning Centers (CCLC)
[Nombre del programa] Formulario de inscripción [Año escolar]

FOTOGRAFÍA DEL NIÑO (Opcional)	Nombre completo del estudiante: Nombre preferido:		Fecha de nacimiento:	Sexo:	
	Domicilio del estudiante:				
	Teléfono de casa:		Idiomas que se hablan en casa:		
	Grupo racial/étnico: <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/isleño de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Otros _____				
	Número de identificación del estudiante <i>(lo completa el Programa)</i> : <input type="checkbox"/> ID de NYSED <input type="checkbox"/> ID del distrito		Escuela a la que asiste:		Grado:
	Maestro principal del estudiante (necesario solo para los alumnos de 1 a 5 grado) Escribir NA si no se aplica				
	Nombre de la persona que inscribe al estudiante:		Parentesco con el estudiante: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro _____		
	Dirección de la persona que inscribe al estudiante <i>(si es diferente a la dirección del estudiante)</i> :				
Teléfonos de la persona que inscribe al estudiante: Correo electrónico:					

Nombres de contacto de emergencia	Autorizado para recoger	Teléfono principal	Otro teléfono/correo electrónico
Contacto principal:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Contacto principal:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Contacto secundario:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Autorización de salida para el estudiante

Doy permiso a mi hijo para que camine solo a la salida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si no, recogeré a mi hijo después de la escuela o una de las siguientes personas:		
Nombre:	Teléfono:	Parentesco con el estudiante:
Nombre:	Teléfono:	Parentesco con el estudiante:

Las siguientes personas NO pueden recoger a mi hijo:

Nombre:	Parentesco con el estudiante:
Nombre:	Parentesco con el estudiante:
Nombre:	Parentesco con el estudiante:

Autorización para el estudiante durante emergencias médicas

Si no estoy disponible durante las emergencias, pueden entregar a mi hijo a una de las siguientes personas:

Nombre:	Teléfono:	Parentesco con el estudiante:
Nombre:	Teléfono:	Parentesco con el estudiante:

Información médica del estudiante

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

¿Tiene su hijo alguna de las siguientes condiciones?

Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió Sí, mencione a qué es alérgico su hijo: Si respondió Sí, ¿necesita/usa su hijo EpiPen? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió Sí, ¿usa su hijo un inhalador u otro medicamento para el asma? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió Sí, ¿necesita su hijo medicamento o control de glucosa en la sangre? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, ¿tiene su hijo una receta para el glucagón? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió Sí, ¿necesita su hijo medicamentos para prevenir o tratar las convulsiones? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
Condición de la vista	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió Sí, y su hijo necesita otros tipos de ayuda en la escuela además de usar anteojos o lentes de contacto, descríbalos:
Condición auditiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió Sí, y su hijo necesita otros tipos de ayuda en la escuela además de usar un aparato auditivo, descríbalos:
Limitaciones físicas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Puede su hijo participar en la clase de educación física en la escuela sin limitaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió no, mencione las limitaciones de su actividad:
Otros medicamentos	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No	Si respondió Sí, enumérelas:

¿Tiene su hijo necesidades dietéticas especiales, otras necesidades de salud o necesidades de comportamiento/emocionales?
Si respondió Sí, describa:

**Tenga en cuenta que los medicamentos tomados o administrados en el programa necesitarán la autorización por escrito del padre/madre/tutor y la orden del proveedor de atención médica. Consulte con el director del programa/coordinador del lugar para obtener más información.*

Acuerdos

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

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

Doy el consentimiento para que mi hijo reciba tratamiento médico de urgencia Sí No

Doy el consentimiento para que mi hijo participe en entrevistas, en el uso de citas y en la toma de fotografías, películas o videos que haga [Nombre del programa]. También concedo a [Nombre del programa] el derecho de editar, usar y reusar dichos productos para fines no lucrativos, incluyendo su uso en prensa, Internet y cualquier otro medio de comunicación. También exonero a [Nombre del programa] y a sus agentes y empleados de todos los reclamos, demandas y responsabilidades relacionadas con lo que se menciona arriba. Sí No

Doy el consentimiento para que mi hijo participe en excursiones, fuera del lugar del programa, bajo supervisión. Sí No

Entiendo que el programa podría necesitar más permisos para situaciones como el transporte, la medicación, revelar información y las excursiones. Sí No

Entregué información de las necesidades especiales de mi hijo al programa para ayudar a su seguridad. Sí No

Entiendo que la información sobre las necesidades especiales de aprendizaje de mi hijo la compartiré con la escuela en la que está inscrito con el personal del programa del 21st CCLC según sea necesario para el beneficio educativo de mi hijo Sí No

Me comprometo a revisar y actualizar esta información cada vez que haya un cambio y al menos una vez al año. Sí No

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

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

Requisitos de datos de los estudiantes y encuestas/consentimiento de entrevistas

Entiendo que la información académica, de comportamiento, de asistencia y de participación de mi hijo se compartirá con el Departamento de Educación del Estado de Nueva York y sus contratistas legales, para medir y evaluar la calidad y la implementación del programa local del Centro de Aprendizaje de la comunidad del Siglo XXI (21st Century Community Learning Center, 21st CCLC), y la eficacia del programa del Estado de Nueva York para apoyar el crecimiento de los estudiantes, según lo exige el Título IV, Parte B de la Ley Cada Estudiante Triunfa (ESSA) [ver generalmente las secciones 4205 (b) y 4203 (14)].

Entiendo que es posible que se nos pidan a mi hijo y a mí que participemos en encuestas o entrevistas sobre el programa del 21st CCLC y sus efectos.

Solo marque la siguiente casilla si opta por no participar en las encuestas o entrevistas.

Firmando abajo, certifico que toda la información (arriba) es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Nombre del padre/madre/persona en
relación/tutor:

Firma del padre/madre/persona en
relación/tutor:

Fecha de la firma