

FORMA DE REGISTRACIÓN DE ESTUDIANTE

2023-2024

FAVOR De ESCRIBER CLARAMENTE
Esta aplicación debe ser llenada totalmente

SECCION I ÚNICAMENTE PARA USO DE LA OFICINA					
DISTRITO	SPRING ISD		ESCUELA	EICKENROHT ES	
FECHA DE ADMISIÓN			FECHA DE RETIRO		
SECCION II INFORMACION DEL ESTUDIANTE					
Por favor anote a todos los niños que irá a inscribir en Project SAFE 21 st CCLC/Texas ACE el programa después de					
Nombre (Apellido, Primer Nombre)	Fecha de Nacimiento	Grado	Genero	Raza (Afroamericanos, blancos, asiáticos / isleños del Pacífico, Nativo Americano, Otro, dos o más)	Etnia: ¿Usted es Latino?
SECCION III INFORMACIÓN DE SALUD					
Por favor, complete esta sección para cada niño mencionado anteriormente.					
Nombre (Apellido, Primer Nombre)	Medicamentos	Alergias	Problemas de Salud	Participara en actividades recreativas	
				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
SECCION IV INFORMACIÓN DE PADRE/ GUARDIÁN					
Nombre del Padre / Guardián				Numero de Teléfono	
Celular				Teléfono del trabajo	
Dirección				Email	
Contacto en Caso de Emergencia					Numero de Teléfono
Celular				Teléfono del trabajo	
Dirección					
Los niños sólo serán liberados a un padre o una persona designada por el padre / tutor después de la verificación de ID. Por la presente autorizo el programa para permitir que mi hijo salga sólo con las siguientes personas. Por favor escriba el nombre y número de teléfono para cada uno.					
Nomb		Teléfo		Relación al niño/niña	
Nomb		Teléfo		Relación al niño/niña	
<input type="checkbox"/> MI HIJO/A TIENE PERMISO PARA SER LIBERADO AL CUIDADO DE SU HERMANO (S) MENORES DE 18 AÑOS.					

SECCION V | AUTORIZACION DE EMERGENCIAS DE ATENCION MÉDICA

En el caso de que yo no pueda ser localizado para hacer los arreglos para el cuidado médico de emergencia, autorizo al programa de transporte a mi hijo/a al cuidado médico de emergencia.

Medico		Teléfono	
Dirección			
Dentista		Teléfono	
Dirección			
Centro Médico de Emergencia		Teléfono	
Dirección			

Yo doy mi consentimiento para que el programa se asegure de obtener toda la atención médica de emergencia necesaria para mi hijo.

SECCION VI | CONSENTIMIENTO DE PADRE/GUARDIÁN

Para cada sección de abajo, marque la casilla (s) que indica si da o no da su consentimiento.

MODO DE TRANSPORTACION

AUTOBUS _____ **CARRO** _____ **CAMINANTE** _____

TRANSPORTACIÓN:

Por lo presente doy no doy - mi consentimiento para que mi hijo sea transportado / supervisado por el personal del programa caminar a casa

Por lo presente doy no doy - mi consentimiento para que mi hijo sea transportado / supervisado por el personal del programa hacia y desde casa

Por lo presente doy no doy - mi consentimiento para que mi hijo sea transportado / supervisado por el personal del programa hacia y desde escuela

RECIBO DE LAS POLITICAS ESCRITAS:

Reconozco haber recibido las políticas operativas del programa después de escuela, incluyendo las de orientación y disciplina.

ARCHIVOS:

Reconozco que mi hijo (a)'s inmunización, visión y audición están registrados en los archivos de esta escuela.

COMUNICADO DE Prensa: Por lo presente doy no doy – mi consentimiento para la escuela, Spring ISD-y el programa Project SAFE 21st CCLC/Texas ACE permiso para cinta de vídeo / fotografía / cinta de audio y ni permitir la grabación en vídeo, la fotografía, y grabación de audio de mi hijo. . Es mi entendimiento de que cualquier fotografías / entrevistas o partes de los mismos serán utilizados para la vista del público.

PARTICIPATION IN PROGRAM: Entiendo que el programa después de escuela de Spring ISD-Project SAFE 1st CCLC/Texas ACE en escuela es una extensión de la escuela y sigue todas las directivas y políticas de Spring ISD. Doy permiso para que mi hijo (a) a participe en el programa después de escuela Project SAFE 21st CCLC/Texas ACE.

EVALUACION DE PARTICIPACION EN EL PROGRAMA: Yo entiendo que mi hijo (a) se les puede pedir para llenar encuestas para la información del estudio con respecto a cualquier programa / clases patrocinadas-Project SAFE, para efectos de la evaluación de los programas y mejorar el programa. Las preguntas pueden estar relacionadas con cualquier aspecto del programa después de la escuela, entiendo que la realización de estas encuestas es voluntaria, y que mi hijo (s) o puedo rechazar a completar las encuestas. Doy permiso para que los maestros de mi hijo (s) 's haga una evaluación escrita con respecto a mi niño (s)' s rendimiento escolar y conducta, y doy mi consentimiento para la liberación de mi hijo (s) 's información académica al proyecto seguro, incluyendo las calificaciones, la conducta del estudiante, registros de asistencia, y exámenes estandarizados para la comunicación de las medidas de rendimiento requeridos y para fines de evaluación. Yo entiendo que mi hijo se puede administrar evaluaciones de pre / post para identificar las áreas de necesidad académica y con fines de evaluación. Entiendo que todos los datos recibidos se mantendrán en condiciones de seguridad, de acuerdo con los Derechos Educativos de la Familia y reglamentos de la Ley de Privacidad (FERPA), y como tal se mantendrá estrictamente confidencial y destruidos cuando ya no sean necesarios.

SECCION VII | FIRMA DE PADRE/ GUARDIÁN

A la firma del padre / guardián indica que toda la información en este documento representa una declaración completa y precisa de las circunstancias de la familia en el momento de la solicitud.

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN		FECHA	
--------------------------------	--	--------------	--