

Confidencial* SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DESPUES DE ESCUELA *Confidencial

Nombre del Estudiante (Apellido, Nombre)	Año Escolar	Género M / F	Fecha de Nacimiento
------------------------------------------	-------------	------------------------	---------------------

Debido a que este programa está financiado con fondos del estado y federales, se debe recolectar y reportar la información demográfica de raza y origen étnico. Por favor conteste lo siguiente:

Origen Étnico: ¿Es su hijo/hija Hispano o Latino? *(Seleccione solamente uno)*

No, no es Hispano o Latino

Si, es Hispano o Latino

La pregunta antes mencionada es sobre el origen étnico, no la raza. No importa que ha sido seleccionado arriba, por favor continúe respondiendo lo siguiente marcando uno o más de los recuadros para indicar lo que usted considere es la raza de su hijo/hija: *(Seleccione uno o más)*

<input type="checkbox"/> Indio Americano u oriundo de Alaska	<input type="checkbox"/> Guaméense	<input type="checkbox"/> Otro Asiático
<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Hawaiano	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Tahitiano
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Laosiano	

Mi hijo/hija asistirá al programa los siguientes días: (encierre los días que irá)

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Recogido cada día a las ___ p.m. (Hora de salida del Programa Después de Escuela)

Tomará el autobús a las ___ p.m. Ruta/Parada: _____

Caminará a casa diariamente a la hora de salida del programa

**Cualquier estudiante que salga antes de la hora de salida deberá tener una forma de Salida Temprana archivada.*

SECCION DEL PADRE/TUTOR

NOTA AL PADRE/TUTOR: Al firmar la parte de abajo, yo doy permiso a mi hijo/hija de asistir al Programa Después de Escuela empezando al concluir el día regular de escuela hasta la hora de salida del Programa. Yo estoy consciente de que mi hijo/hija **deberá** ser recogido a la hora de salida o tener una forma de Salida Temprana archivada. Yo comprendo que cualquier persona que recoja a mi hijo/hija puede ser requerido el presentar identificación al personal del Programa Después de Escuela. En caso de necesitar aclaración adicional, el personal del Programa Después de Escuela puede contactarme, a mi el padre/tutor, al teléfono que esta a continuación.

Nombre del Padre/Tutor	Firma del Padre/Tutor	Fecha
------------------------	-----------------------	-------

Domicilio

Teléfono de Casa	Teléfono del Trabajo	Teléfono Celular
------------------	----------------------	------------------

Al firmar la parte de abajo, yo reconozco que he leído las reglas de asistencia del Programa Después de Escuela. Yo comprendo que mi hijo/hija debe seguir estas reglas para poder participar en el Programa Después de Escuela.

Firma del Padre/Tutor	Fecha	Número Telefónico
-----------------------	-------	-------------------

FOR TEACHER USE ONLY / PARA USO EXCLUSIVO DEL MAESTRO

Teacher Name	Room #	Eng Lang Learn Yes / No	Start Date	CSIS#
--------------	--------	-----------------------------------	------------	-------

Student Academic Standing:	# of attempts	Math: Year Passed	Lang Arts: Year Passed
CAHSEE MATH P / F / N.T.	CAHSEE LANG ARTS P / F / N.T.		

FORMULARIO DE CONTACTOS DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE /CONSENTIMIENTO MEDICO

En caso de emergencia, es imprescindible que el Programa Después de Escuela pueda localizar al padre o tutor del estudiante. Por favor llene la información en ambos lados de este formulario cuidadosamente y con precisión. Por favor escriba a máquina o use tinta y escriba clara y legiblemente.

ESTUDIANTE

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Género M / F	Año Escolar
Dirección de Casa (Domicilio Principal)		Ciudad	Código Postal	
Dirección Postal, si es diferente al anterior		Ciudad	Código Postal	
Teléfono de Casa		Fecha de Nacimiento		

El niño(a) vive con: Ambos Padres Madre Padre Tutor Legal
 ¿Cambio de Domicilio? SI NO Si la respuesta es sí, por favor comuníquese con la oficina escolar.

MADRE/TUTOR

Apellido	Nombre	Email	Empleador
Dirección de Casa, si es diferente al anterior		Ciudad	Código Postal
Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Teléfono del Trabajo	

PADRE/TUTOR

Apellido	Nombre	Email	Empleador
Dirección de Casa, si es diferente al anterior		Ciudad	Código Postal
Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Teléfono del Trabajo	

¿Existe alguna orden de custodia/visita DICTAMINADA POR LA CORTE limitando el acceso a este estudiante?

SI NO Si la respuesta es sí, por favor adjunte la orden legal.

CONTACTOS AUTORIZADOS

Por favor haga una lista de parientes/vecinos/amigos a poca distancia de la escuela a quienes podríamos dejar salir a su hijo(a) o contactar en caso de que usted no pueda ser localizado. NINGUN ESTUDIANTE PODRA SALIR A MENOS QUE SEAN LOS PADRES, TUTORES O ADULTOS QUE ESTAN INCLUIDOS EN ESTE FORMULARIO.

Yo/nosotros por la presente autorizamos la salida del estudiante mencionado arriba con las siguientes personas en caso de enfermedad, lesión, evacuación o emergencia que pudieran ocurrir mientras los estudiantes se encuentran en el Programa Antes/Después de Escuela.

NOMBRE	RELACION	TELEFONO DE CASA	TELEFONO DEL TRABAJO/CELULAR

Yo declaro que la información en esta forma es veraz y correcta. Yo notificaré inmediatamente al Coordinador del Programa Antes/Después de Escuela de cualquier cambio que se tenga que hacer a la información antes mencionada.

Firma del Padre/Tutor	Relación	Fecha
-----------------------	----------	-------

FORMULARIO DE CONTACTOS DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE/CONSENTIMIENTO MEDICO

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Si su hijo necesita medicamentos en la escuela, toda medicina que se mande a la escuela deberá estar en el envase original de la receta con fecha reciente y el nombre del niño(a). Una forma de "Autorización para la Administración de Medicamentos" deberá estar archivada en el distrito escolar.

MEDICAMENTO	DOSIS	HORA(S) A TOMAR

INFORMACION DE SEGURO DE SALUD

Seguro de Salud Familiar Familias Saludables (Healthy Families) Niños de California (California Kids)
 Medi-Cal # _____ No tiene Seguro de Salud

Nombre del Grupo de Plan de Salud	Número de Póliza
Medico/ Proveedor de Servicios de Salud	Número de Póliza
Dentista	Número Telefónico

PROBLEMAS DE VISION Y/O AUDITIVOS

Usa anteojos/ lentes de contacto Fecha del último examen de la vista Usa aparatos auditivos
 para trabajar para leer todo el tiempo

PADECIMIENTOS MEDICOS

Alergias severas que requieren Comida/Ambiental
 Epi-pen Benadryl Abejas/ Insectos con Aguijones
 Medicinas/Fármacos Otros

Por favor, explique

<input type="checkbox"/> Asma	De ser así: <input type="checkbox"/> usa inhalador <input type="checkbox"/> medicamento diario	Problemas del Comportamiento
<input type="checkbox"/> Convulsiones	De ser así: <input type="checkbox"/> bajo medicamento	Limitaciones del Movimiento
<input type="checkbox"/> Diabetes	De ser así: <input type="checkbox"/> dependiente de insulina	Otros

Enfermedades, hospitalización o cirugía recientes. De ser así, por favor proporcione la fecha(s) y descripción(es):

Padecimiento Médico que pudiera requerir asistencia médica por parte de la escuela (por favor describa):

Yo/nosotros, el abajo firmante padre(s) o tutor legal de _____, un menor, por medio de la presente doy autorización y el consentimiento al Programa Antes/Después de Escuela de obtener cuidado médico de emergencia y transportación necesaria, incluyendo exámenes de rayos x, anestésicos, diagnósticos médicos o quirúrgicos y hospital de emergencia el cual se considere aconsejable siendo proporcionado bajo la supervisión general o específica del personal médico y de la sala de emergencias autorizados bajo las disposiciones del Acta de la Practica de la Medicina y el Departamento de Salud Pública del Estado de California.

Se entiende que se hará el esfuerzo de contactar al abajo firmante antes de prestar tratamiento al estudiante, pero que cualquiera de los tratamientos no serán aplazados si el abajo firmante o los adultos autorizados no pueden ser localizados.

_____ es el hospital que yo/nosotros preferimos en caso de tratamiento médico de emergencias para mi/nuestro hijo(a).

Yo/nosotros entendemos que el distrito escolar no proporciona seguro de accidente/médico para estudiantes, y que además yo/nosotros entendemos que todos los costos relacionados al tratamiento médico puede ser mi/nuestra responsabilidad y no del distrito escolar.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____ Relación _____

Nombre del Estudiante (Apellido, Nombre)	Año Escolar	Género M / F
Al firmar la parte de abajo, yo doy permiso que mi hijo/hija pueda ser entrevistado, fotografiado, y/o grabado en video mientras participa en el Programa Después de Escuela. Yo estoy consciente de que habrá momentos en que el Programa saldrá en reportajes de prensa y los reporteros, fotógrafos, y/o el equipo de filmación de la televisión, estaciones de radio, y periódicos pudieran querer entrevistar a mi hijo/hija. Yo comprendo que tales fotografías, grabaciones de video, y/o reportajes serán propiedad del Programa Después de Escuela, la Oficina de Educación del Condado de Fresno, y el Distrito Escolar de _____, y podrá ser utilizado SOLAMENTE con el propósito de documentar o promocionar el Programa Después de Escuela.		
<input type="checkbox"/> Mi hijo/hija tiene permiso de ser entrevistado, fotografiado, y/o grabado en video mientras participa en el Programa Después de Escuela.		
Firma del Padre/Tutor	Fecha	Número Telefónico

CONSENTIMIENTO PARA VER PELICULAS

Nombre del Estudiante (Apellido, Nombre)	Año Escolar	Género M / F
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 participantes del Programa Después de Escuela. Estas películas son clasificadas "G", "PG" o "PG-13." Para que su hijo/hija pueda ver una película clasificada como "PG" o "PG-13", nosotros debemos tener su autorización. Esta forma servirá como permiso.		
<input type="checkbox"/> Si, mi hijo/hija tiene permiso de ver películas clasificadas "PG". <input type="checkbox"/> Si, mi hijo/hija tiene permiso de ver películas clasificadas "PG-13". <input type="checkbox"/> No, mi hijo/hija no tiene permiso de ver películas clasificadas "PG" o "PG-13". (Los padres pueden solicitar una lista de películas antes de su exhibición)		
Firma del Padre/Tutor	Fecha	Número Telefónico

MOTION PICTURE RATING SYSTEM

Lo siguiente se les proporciona a los padres como una explicación del sistema de clasificación voluntaria aprobado por la asociación de dueños de salas de cines y asociaciones de renta y venta de videos.

A G-rated motion picture contains nothing in theme, language, nudity, sex, violence or other matters that, in the view of the Rating Board, would offend parents whose younger children view the motion picture. The G rating is not a "certificate of approval," nor does it signify a "children's" motion picture. Some snippets of language may go beyond polite conversation but they are common everyday expressions. No stronger words are present in G-rated motion pictures. Depictions of violence are minimal. No nudity, sex scenes or drug use are present in the motion picture.

A PG-rated motion picture should be investigated by parents before they let their younger children attend. The PG rating indicates, in the view of the Rating Board, that parents may consider some material unsuitable for their children, and parents should make that decision. The more mature themes in some PG-rated motion pictures may call for parental guidance. There may be some profanity and some depictions of violence or brief nudity. But these elements are not deemed so intense as to require that parents be strongly cautioned beyond the suggestion of parental guidance. There is no drug use content in a PG-rated motion picture.

A PG-13 rating is a sterner warning by the Rating Board to parents to determine whether their children under age 13 should view the motion picture, as some material might not be suited for them. A PG-13 motion picture may go beyond the PG rating in theme, violence, nudity, sensuality, language, adult activities or other elements, but does not reach the restricted R category. The theme of the motion picture by itself will not result in a rating greater than PG-13, although depictions of activities related to a mature theme may result in a restricted rating for the motion picture. Any drug use will initially require at least a PG-13 rating. More than brief nudity will require at least a PG-13 rating, but such nudity in a PG-13 rated motion picture generally will not be sexually oriented. There may be depictions of violence in a PG-13 movie, but generally not both realistic and extreme or persistent violence. A motion picture's single use of one of the harsher sexually-derived words, though only as an expletive, initially requires at least a PG-13 rating. More than one such expletive requires an R rating, as must even one of those words used in a sexual context. The Rating Board nevertheless may rate such a motion picture PG-13 if, based on a special vote by a two-thirds majority, the Raters feel that most American parents would believe that a PG-13 rating is appropriate because of the context or manner in which the words are used or because the use of those words in the motion picture is inconspicuous.