

Consortio del Condado de Florence PROGRAMA ACE

21st Century Community Learning Center

2018-2019 Formulario de Inscripción

(Se le notificara por escrito una vez que su hijo es aceptado en el programa. Debido al espacio limitado, en algunos programas, los estudiantes pueden tener que ser colocado en una lista de espera temporal.)

Escuela:

FLORENCE HIGH SCHOOL

POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE Y COMPLETE AMBOS LADOS DEL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Nombre de Estudiante _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Nombre de Maestro (solo de primaria)

Hombre ___ Mujer ___ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___ Edad ___ Nivel de Grado del Estudiante 2018-19 _____

Dirección de Correo _____
P.O Box/Calle Ciudad Zona Postal

Dirección de Domicilio _____
Calle Ciudad Zona Postal

Estudiante vive con: (circule uno) Ambos Padres, Madre Soltera, Padre Soltero, Hogar de Guarda, Guardián, Otro _____

Hermanos en la escuela:

el nombre _____

Escuela _____

el nombre _____

Escuela _____

el nombre _____

Escuela _____

Idioma Principal del Estudiante _____

Idioma Principal Hablado en Casa _____

Padre o Guardián #1

Padre o Guardián #2

Apellido _____

Apellido _____

Primer Nombre _____

Primer Nombre _____

Teléfono Principal (____) ____ - _____

Teléfono Principal (____) ____ - _____

Teléfono Secundario (____) ____ - _____

Teléfono Secundario (____) ____ - _____

Correo Electrónico _____

Correo Electrónico _____

Relación al niño/a _____

Relación al niño/a _____

Autorizada a recoger al estudiante SI NO

Autorizada a recoger al estudiante SI NO

En caso de emergencia, padre/guardián se notificara primero. Lista otros 2 adultos de ser contactados si los padres no pueden ser localizados.

Contacto de Emergencia Apellido _____

Primer Nombre _____

Teléfono Principal (____) ____ - _____

Teléfono Secundario (____) ____ - _____

Correo Electrónico _____

Relación al niño/a _____

Autorizado a recoger el estudiante SI NO

2018-2019 Formulario de Inscripción, página 2

POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE Y COMPLETE AMBOS LADOS DEL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

¿Hay alguna razón médica por la cual su hijo no debe participar en ciertas actividades físicas? Yes ___ No ___

¿Hay alguna información adicional que necesitamos saber acerca de su hijo? _____

Alergias _____

Condiciones médicos _____

Necesidades especiales _____

TRANPORTE

***CON MAS FRECUENCIA, en la hora de salida del programa, mi hijo: (SELECCIONE SÓLO UNO)**

A. Viajará en el **AUTOBUS** a casa Sí _____ No _____

B. Tiene permiso a **CAMINAR** o montar a **BICICLETA** a casa Sí _____ No _____
(Esto NO se aplica a los estudiantes de Kinder al grado 2)

C. Sera **RECOGIDO** por un padre/guardián o contacto de emergencia Sí _____ No _____

Doy mi consentimiento al Programa ACE del Consorcio del Condado de Florence a tomar fotos y video de mi estudiante durante actividades del Programa ACE del Consorcio del Condado de Florence, que se utilizara para propósitos de educación y relaciones públicas.

SI NO (CIRCULE UNO)

Concedo my permiso a mi estudiante a participar en las actividades del Programa ACE del Consorcio del Condado de Florence, que pueden incluir eventos fuera de sitio, ayuda académica, educación continua, y programas recreativos. Si se presenta una emergencia, el personal del programa, tomara todas las medidas necesarias para asegurar la seguridad del participante y llamara, si fuera necesaria, un vehículo de emergencia público para transporte a un centro de emergencias. Entiendo que seré responsable de los gastos del transporte y gastos médicos incurridos.

Además, doy mi consentimiento al distrito escolar y al Programa ACE del Consorcio del Condado de Florence de compartir los archivos del estudiante de los participantes entre sí a efectos de la prestación de apoyo y asistencia educativa. Además entiendo que el distrito escolar y/o el Programa ACE utilizaran registros de participantes para evaluar el progreso y mejoramiento individual, así como evaluar el impacto del programa en los logros de los estudiantes y para obtener financiamiento continuo para el programa.

Firma de Padre/Guardián

____/____/____
Fecha

****Padre o Guardián es responsable de notificar al personal ACE de cualquier cambio de información contenido en este documento.****