

**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 MIDDLE 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.\*\***