



**SOAR Expanded Learning Program**  
428 Norman Road, Princeton CA 95970  
General Information

**Contact Information:**

Program Lead: Sandy Houtman

Program Aides: Sharon Hribernick & Nancy Munoz

Email: [soar@pjusd.org](mailto:soar@pjusd.org)

SOAR Room Phone: 530-439-2333

Cell Phone: 530-431-8269

**Transportation:**

Pick-up at 428 Norman Road at 6:00pm Monday-Friday (except holidays or emergency closures)

Routh 1: Drop off at 100 North Tehama Street, Willows, CA (at the park next to Tri Counties Bank) at 6:25pm

Routh 2: Drop off at 1031 Bridge Street, Colusa, CA (in the parking lot near Round Table Pizza) at 6:20pm.

**Princeton Joint Unified School District – El Programa Ampliando el Aprendizaje  
2021-22 Aplicación para SOAR**

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>
Payment recvd _____
Cash <input type="checkbox"/> check # _____ mo <input type="checkbox"/>
Date received _____
Remind 101 _____

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Grado del Estudiante PARA EL Año 2021-22 \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres: \_\_\_\_\_ Relación al estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_ teléfono del Empleo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección De Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Está usted interesado en ser voluntario? Si  no

Nombre de persona de emergencia cuando los padres o guardianes no están disponibles: \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Relación al Estudiante: \_\_\_\_\_ Autorizadas para recoger a su niño/a: si  no

Nombre de persona de emergencia cuando los padres o guardianes no están disponibles: \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Relación al estudiante: \_\_\_\_\_ Autorizadas para recoger a su niño/a: si  no

**Información del Estudiante:**

¿Su hijo tiene cualquier tipo de discapacidad? No  Si  en caso que sí, describir: \_\_\_\_\_

Apunte cualquier alergia (comida o otra) su hijo(a) tiene: No  Si  en caso que si, describir: \_\_\_\_\_

Mi hijo(a) tiene una condición medica que requiere tratamiento: No  Si  en caso que si, describir: \_\_\_\_\_

Mi hijo(a) esta participando en programas:  ESL/LEP  Educación Especial (IEP)  Ninguno de estos

**¿Cómo llegara a casa su hijo(a) después del programa después de la escuela?**

Mi hijo(a) va caminar o va usar su bicicleta para ir a casa todos los días  Yo voy a recoger a mi hijo(a) del programa

**Personas autorizadas para poder recoger a los estudiantes: Entiendo que esta persona debe tener 18 años de edad para poder recoger a un estudiante:**

Nombre: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_ relación del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_ relación del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_ relación del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_ relación del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_ relación del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_ relación del estudiante: \_\_\_\_\_

## Permiso Para Obtener Información de Aseguranza y de Medico

Mi niño: \_\_\_\_\_ tiene permiso para asistir al *Programa Ampliando el Aprendizaje* en la Escuela de Princeton Elementary School, 428 Norman Road, Princeton, CA 95970.

Nombre de la compañía de Seguro Medico y teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Póliza de seguro: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono de Doctor: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento(s) y frecuencia de las dosis: \_\_\_\_\_

(Todas las medicinas tienen que estar registradas en esta forma. Todas las medicinas, con la excepción de las que tiene que tener en su posesión el estudiante en caso de emergencia, deben de estar al cuidado del personal.)

En caso de enfermedad o accidente, yo autorizo las atenciones médicas consideradas necesarias por parte del criterio profesional del personal de un hospital o entidad médica o dental, por ejemplo: radiografías, exámenes, anestesia, cirugía, y diagnostico. De acuerdo con el Código de educación Princeton Joint Unified School District, sus oficiales, agentes, y empleados no son responsables legalmente por reclamaciones legales que puedan surgir de o en conexión con la participación de mi niño(a) en esta actividad. Tengo entendido que los estudiantes tienen que obedecer todo los reglamentos y las normas de comportamiento durante el programa. Cualquier violación de estos reglamentos y normas puede resultar en enviar al estudiante a su casa a gasto propio de sus padres o guardianes.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

***Inicial de cada declaración a continuación muestra está de acuerdo y aprobam (o escribir "no" y inicial):***

1. \_\_\_\_\_ Debido a los fondos estatales, los estudiantes que están inscritos en el SOAR Programa Después de la Escuela tienen requisitos mínimos de asistencia. Los estudiantes que no cumplan con estos requisitos pueden ser expulsados del programa.
  - a. Estudiantes de la Escuela Primaria (Kinder-Sexto grado) tienen que asistir el horario completo del Programa Después de la Escuela diariamente.
  - b. Todas las excepciones deben estar de acuerdo con los "Reglamentos de Salida Temprana" escrito en el manual de padres.
2. \_\_\_\_\_ Yo he recibido mi Manual de los Padres, y lo he leído, entiendo y estoy de acuerdo en cumplir y obedecer las pólizas y reglamentos y doy permiso a mi hijo(a) para participar completamente en el Programa Después de Escuela.
3. \_\_\_\_\_ Doy mi permiso para que mi hijo sea filmado y fotografiado durante las actividades de SOAR Programa Después de la Escuela para las actividades de prensa, breves videos promocionales, o el sitio de Internet del programa.
4. \_\_\_\_\_ Doy mi permiso para que mi hijo(a) tenga acceso al Internet con el entendimiento de que el uso inapropiado resultara de el/ella se le niega el acceso a la discreción del personal del programa.

# Escuela primaria de Princeton

## Programa SOAR para después de la escuela

### Permiso de estudiante maestro

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ tiene mi permiso para participar y caminar a las siguientes actividades y aplicaciones supervisadas fuera del campus.

- Camina a la Biblioteca Princeton
- Camine a Princeton Jr./Sr High School para actividades interactivas supervisadas con programas de atletismo, ag y ciencias.
- Camine alrededor de Princeton (West of Hwy 45) para hacer ejercicio y explorar.
- Protector solar
- Mosquito Spray

Entiendo la naturaleza de la actividad escolar en la que mi hijo participará y que se espera que cumplan con todas las regulaciones del Programa PES SOAR After School durante el curso de la actividad.

Entiendo que de conformidad con el código de Educación 44808. SOAR es responsable de la conducta y seguridad de mi hijo solo mientras está bajo la supervisión inmediata y directa de un empleado del Programa PES SOAR After School.

Por la presente doy mi permiso para que mi hijo participe en las actividades descritas anteriormente.

Además, acepto que en caso de accidente, enfermedad o cualquier otra circunstancia que requiera tratamiento médico, dicho tratamiento se puede obtener para mi hijo sin obligación financiera para el Distrito Escolar Unificado Conjunto de Princeton o sus empleados.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN MÉDICA IMPORTANTE QUE EL SUPERVISOR DEBE SABER:

---

NÚMEROS DE TELÉFONO DE EMERGENCIA:

---