

**Princeton Joint Unified School District – El Programa Ampliando el Aprendizaje  
2020-2021 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: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hombre  Mujer

**Escuela PARA EL Año 2020/21** \_\_\_\_\_ **Grado del Estudiante PARA EL Año 2020/21** \_\_\_\_\_

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 si, 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

**Como 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 todo 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: \_\_\_\_\_

**Princeton Joint Unified School District - El Programa Ampliando el Aprendizaje 2020-21**

**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 diagnóstico. 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.