



# La Familia, Instituto de Salud y Servicios Humanos: proyecto C.A.R.E.S. (Adultos realmente igual éxito) Estudiante del programa después de la Escuela de aplicación

Información del alumno la fecha actual: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Apellido Nombre \_\_\_\_\_ Inicial media \_\_\_\_\_ apodo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

ID de estudiante \_\_\_\_\_ La escuela actual \_\_\_\_\_ Grado actual \_\_\_\_\_

\_\_\_ \_\_\_ hembra macho Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_ American \_\_\_ Negra \_\_\_ Indian \_\_\_ Asian \_\_\_ Hispano Blanco \_\_\_ multirracial

La información de la familia

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ número de teléfono \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ N° de teléfono \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal \_\_\_\_\_ n° de teléfono \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre de contacto en caso de emergencia 1 st Teléfono # \_\_\_\_\_ 2 · Teléfono # \_\_\_\_\_

2 nd Nombre de contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_ 1 st Teléfono # \_\_\_\_\_ 2 · Teléfono # \_\_\_\_\_

Indique a continuación(s) persona(s), distintos de los enumerados anteriormente, será autorizado a recoger a su niño:

Nombre \_\_\_\_\_ 1 st # \_\_\_\_\_ Nombre Teléfono \_\_\_\_\_ 1 Número de teléfono \_\_\_\_\_

## Información médica

La siguiente información nos ayudará en caso de una emergencia. Verificar o comentario, si fuera necesario, sobre cualquier condición grave(s) su hijo tiene:

Problemas respiratorios Asma / \_\_\_ Convulsiones \_\_\_\_\_  
Condición cardíaca \_\_\_ \_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_



Lleva gafas o lentes de contacto \_\_\_\_\_ Diagnostica Deficiencia Auditiva \_\_\_\_\_ Audifono/dispositivo \_\_\_\_\_

Las alergias \_\_\_\_\_ Necesidades Dietéticas / preocupaciones \_\_\_\_\_ Otras condiciones médicas \_\_\_\_\_

Si su niño necesita ayuda especial o alojamiento debido a sus problemas de salud? \_\_\_\_\_

¿Su niño requieren medicamentos durante el tiempo de la tutoría? (Si necesita un medicamento, usted será contactado

Para obtener más información.) \_\_\_\_\_ médico del niño: \_\_\_\_\_ Teléfono del médico # \_\_\_\_\_

Hospital de su preferencia: \_\_\_\_\_ seguro de co y la directiva #: \_\_\_\_\_

**Comentarios adicionales:**

**Otra información**

Almuerzo gratis o a precios reducidos:  Sí  No Plan 504:  Sí  No McKinney-Vento:   No Sí

**Comentarios adicionales:**

**Libera**

Por favor lea la siguiente y firmar indicando que has leído y entendido todas las políticas:

1. **Actividad física:** Yo permitir que mi hijo a participar en la actividad física como parte de la CCLC 21 programa.
2. **Los viajes de campo:** doy permiso a mi hijo para asistir countywide 21st CCLC programa viajes de campo y para todos los demás van a firmar un formulario de autorización por separado.
3. **Imágenes versión:** Autorizo a fotografiar o imágenes digitales que se toman a mi hijo para promover el programa 21st CCLC.
4. **Transporte:** Entiendo y estoy de acuerdo en que para el 21stCCLC programa para el transporte de mi hijo y de deserción designado y puntos de recogida. Drop off puntos será determinado previamente a mi niño que asiste al programa.
5. **FERPA/HIPPA:** entiendo el siglo CCLC el personal del programa puede tener acceso a mi hijo y médicos información académica, sino garantizar la privacidad en virtud de la legislación federal se mantiene.
6. **Indemnización:** Tengo entendido que el programa 21st CCLC actividades pueden entrañar riesgos inherentes, y me queda asumir todos los riesgos y peligros incidente a mi participación del niño en el programa 21st CCLC. Puedo renunciar, liberación, absolver, acepta indemnizar y eximir de responsabilidad a la 21st CCLC programa y sus empleados, organizadores, voluntarios, vendedores, supervisores, funcionarios, directores, participantes, entrenadores y árbitros, así como a todas las personas o padres transportando a los participantes y a partir de 21stCCLC actividades legales de reclamaciones, responsabilidades, daños y costos por cualquier lesión o daño físico a mi propiedad personal o mi participación del niño en cualquier 21stCCLC actividad.
7. **Artículos personales :** Yo entiendo que el 21stCCLC programa no es responsable de cualquier pérdida o robo de objetos personales en la 21st CCLC programas.
8. **Las inclemencias del tiempo:** Tengo entendido que los programas no están disponibles cuando la escuela está cerrada debido a las inclemencias del tiempo.
9. **Internet :** doy autorización para que mi hijo/a para obtener acceso a Internet o tiene correo electrónico/Internet en cumplimiento con las comunicaciones 15 USC §Capítulo 91, la Children's Online Privacy Protection Act y el Título XVII, el hijo en Internet las medidas de protección.
10. **Medica I:** En caso de una emergencia, me diera autorización para 21 programa CCLC para ponerse en contacto con el personal médico de emergencia

También entiendo que **mi niño debe comprometerse a un mínimo de 30 días en el programa para mantener una mancha.**

\_\_\_\_\_  
**Padre / tutor firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

_____ año anterior Report Card	<u>Sólo para uso de oficina</u>	_____ Donación de transporte
_____ año anterior EOG/EOC	_____ manual del estudiante	_____ Liberación transporte privado
	_____ Parent Handbook	