



Programa Extraescolar de Hudson

Formulario de Inscripción del Estudiante

INFORMACIÓN FAMILIAR DEL ESTUDIANTE

Fecha:	Escuela:	Sesión: <i>(para ser completada por el programa)</i>	
	☐ M.C. Smith Elementary ☐ Hudson Jr. High		
Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Género:
Grado:	Maestro(a):		
Apellido del padre, madre o tutor:	Nombre del padre, madre o tutor:	Relación con el estudiante: ☐ Padre/Madre ☐ Cuidador(a) ☐ Tutor legal ☐ Familiar ☐ Otro: 	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Teléfono principal:	Teléfono secundario:	Correo electrónico:	
Grupo racial/étnico del estudiante:			
☐ Blanco	☐ Negro o afroamericano	☐ Hispano o latino	☐ Dos o más razas
☐ Asiático	☐ Indígena americano o nativo de Alaska	☐ Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico	☐ Otro <i>(especifique)</i> :

INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA

Proporcione al menos dos (2) contactos de emergencia, además del padre, madre o tutor indicado anteriormente.

Contacto principal:	Teléfono principal:	Teléfono secundario:	Autorizado(a) para recoger al estudiante:
			☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No

SALIDA DEL ESTUDIANTE AL FINALIZAR EL PROGRAMA

Enumere todos los adultos autorizados para recoger a su hijo(a). El personal del programa solo entregará al estudiante a las personas incluidas en esta lista. Es posible que se requiera una identificación con fotografía para garantizar la seguridad.

Doy permiso para que mi hijo(a) firme su salida al finalizar el programa.
Solo para estudiantes de escuela secundaria. **Junior High*

☐ Sí ☐ No

Mi hijo(a) tiene permiso para tomar el autobús.

☐ Sí ☐ No

Si su hijo(a) tomará el autobús, será dejado(a) en uno de los puntos centrales designados. Consulte las rutas de autobús adjuntas e indique dónde será dejado(a):

Mi hijo(a) puede ser recogido(a) por mí o por una de las siguientes personas:

Nombre:

Teléfono principal:

Relación:

Nombre:

Teléfono principal:

Relación:

Nombre:

Teléfono principal:

Relación:

INFORMACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD

De conformidad con el Reglamento 414.15(C)(6), estamos obligados a mantener registros del consentimiento para tratamiento médico y del proveedor de atención médica. MHA of Columbia Greene es un proveedor de servicios de salud que cumple con todas las leyes de confidencialidad y privacidad de HIPAA. Toda la información es confidencial y se utiliza únicamente por el personal del programa para garantizar la seguridad de los estudiantes. Para consultar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, visite mhacg.org/privacy.

Autorizo al personal del programa a obtener tratamiento médico de emergencia para mi hijo(a), si fuera necesario:

☐ Sí ☐ No

¿Los registros de vacunación se encuentran archivados en la escuela?

☐ Sí ☐ No

Información médica importante y adaptaciones necesarias:

Nombre del médico de su hijo(a):

Teléfono principal:

Liste las alergias:

¿Necesita o utiliza un EpiPen?

☐ Sí ☐ No

Indique si su hijo(a) necesita alguna adaptación para participar en el programa, como necesidades médicas, limitaciones físicas o restricciones alimentarias:

INTERESES EN LOS CLUBES

Indique la primera y segunda opción de preferencia de su hijo(a) para las actividades de los clubes durante la semana. La disponibilidad de los clubes cambia a lo largo del año. Utilizaremos las preferencias indicadas a continuación para asignar a su hijo(a) a actividades significativas siempre que sea posible. Las preferencias no garantizan la asignación a un club.

Primera opción

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
3:15 - 4:10					Recreación libre
4:15 - 5:15					Recreación libre
5:15 - 6:00	Recreación libre disponible todos los días				

Segunda opción

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
3:15 - 4:10					Recreación libre
4:15 - 5:15					Recreación libre
5:15 - 6:00	Recreación libre disponible todos los días				

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

3:15 - 4:10	
4:15 - 5:15	
Información adicional:	

ACUERDOS

Entiendo que los siguientes acuerdos y consentimientos no son requisitos previos para la aprobación de la participación en el programa Learning and Enrichment After School Program Supports (LEAPS) | 21st CCLC.

☐ Sí ☐ No

Autorizo que mi hijo(a) participe en entrevistas y que el personal del Programa Después de Clases de MHACG tome fotografías, videos o grabaciones, así como utilice sus declaraciones o citas. Asimismo, autorizo a MHACG a editar, utilizar y reutilizar dicho material con fines no lucrativos, incluyendo publicaciones impresas, internet y cualquier otro medio de comunicación. También libero a MHACG, así como a sus representantes y empleados, de cualquier reclamación, demanda o responsabilidad relacionada con el uso de dicho material.

☐ Sí ☐ No

Autorizo que mi hijo(a) participe en excursiones fuera del lugar donde se desarrolla el programa, bajo la supervisión del personal.

☐ Sí ☐ No

Entiendo que el programa puede requerir autorizaciones adicionales para situaciones como transporte, administración de medicamentos, divulgación de información y excursiones.

☐ Sí ☐ No

He proporcionado al programa información sobre las necesidades especiales de mi hijo(a) para contribuir a su seguridad.

☐ Sí ☐ No

Acepto revisar y actualizar esta información cada vez que ocurra un cambio y, como mínimo, una vez al año/year.

☐ Sí ☐ No

Entiendo que, si en cualquier momento cambio de opinión sobre la participación de mi hijo(a), ya sea total o parcialmente, me comunicaré con el coordinador del programa.

☐ Sí ☐ No

Al firmar a continuación, entiendo que la información académica, de conducta, asistencia y participación de mi hijo(a) podrá compartirse con el Departamento de Educación del Estado de Nueva York y con sus contratistas autorizados, con el fin de medir y evaluar la calidad y la implementación del programa local del Centro Comunitario de Aprendizaje del Siglo XXI (21st CCLC), así como la eficacia del programa del Estado de Nueva York para apoyar el desarrollo académico de los estudiantes, según lo exige el Título IV, Parte B de la Ley Every Student Succeeds Act (ESSA) [véanse, en general, las secciones 4205(b) y 4203(14)].

Al firmar a continuación, autorizo la participación de mi hijo(a) en el programa Learning and Enrichment After School Program Supports (LEAPS) | 21st CCLC y certifico que toda la información proporcionada en este formulario de inscripción es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma del padre, madre o tutor

Nombre en letra de molde

Fecha