

# Servicios de Aprendizaje Extendido en BUSD

Uso de oficina solamente

SSID #: \_\_\_\_\_ Date Rcv'd: \_\_\_\_\_ Start Date: \_\_\_\_\_

Wait List:   Group:  Info Complete  Essential Worker

## Solicitud de Inscripción al Programa 2020-21

|  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |               |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---------------|--|
| Nombre <b>LEGAL</b> del estudiante: Apellido   |  | Nombre   |  | Segundo Nombre  |  | Grado (Año escolar 2020-21)  |  | Edad  |  | Sexo<br>J M <input type="checkbox"/> F |  | Fecha de Nac. |  |
| Escuela  |  |  |  |   |  | Distrito   |  |   |  |  |  |               |  |
| Padre/madre es trabajador esencial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |  | Nombre del Padre/madre que es trabajador esencial                    |  |   |  | Oficio   |  | Nombre del empleador  |  |  |  |               |  |
| Domicilio de residencia primaria del estudiante  |  |  |  |   |  | Ciudad   |  | Estado  |  | Zona postal                            |  |               |  |
| Domicilio de correspondencia de Padre/tutor legal<br><input type="checkbox"/> Marque aquí si es el mismo de arriba   |  |  |  |   |  | Ciudad   |  | Estado  |  | Zona postal                            |  |               |  |
| Apellido de Madre/tutor legal  |  | Nombre   |  | Parentesco (Solo si es tutor legal)                                     |  | Lugar de empleo  |  | Puede comunicarse conmigo vía texto<br>J Sí <input type="checkbox"/> No |  |  |  |               |  |
| Correo electrónico   |  | Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Marque si es el # primario |  | Teléfono de trabajo <input type="checkbox"/> Marque si es el # primario |  | Teléfono celular <input type="checkbox"/> Marque si es el # primario |  |   |  |  |  |               |  |
| Apellido de Padre/tutor legal  |  | Nombre   |  | Parentesco (Solo si es tutor legal)                                     |  | Lugar de empleo  |  | Puede comunicarse conmigo vía texto<br>J Sí <input type="checkbox"/> No |  |  |  |               |  |
| Correo electrónico   |  | Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Marque si es el # primario |  | Teléfono de trabajo <input type="checkbox"/> Marque si es el # primario |  | Teléfono celular <input type="checkbox"/> Marque si es el # primario |  |   |  |  |  |               |  |
| <b>AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA DEL ESTUDIANTE (APARTE DEL PADRE/TUTOR LEGAL QUE APARECE ARRIBA, 1 CONTACTO MÍNIMO)</b><br>Comprendo que mi hijo/a debe ser entregado a un adulto ( <b>mayor de 18 años de edad con ID con foto</b> ) autorizado todos los días. Además del padre/tutor legal que aparece arriba, yo autorizo a la(s) siguiente(s) personas(s) para que recoja a mi hijo/a del plantel incluyendo en un caso de emergencia (adjunte una hoja adicional si requiere más espacio): |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |               |  |
| Nombre y Apellido  |  | Parentesco   |  | Teléfono primario   |  | Teléfono secundario  |  | Fecha Agregado  |  | Fecha Removido                         |  |               |  |
|  |  |  |  | ( )   |  | ( )  |  |   |  |  |  |               |  |
|  |  |  |  | ( )   |  | ( )  |  |   |  |  |  |               |  |
|  |  |  |  | ( )   |  | ( )  |  |   |  |  |  |               |  |
|  |  |  |  | ( )   |  | ( )  |  |   |  |  |  |               |  |
|  |  |  |  | ( )   |  | ( )  |  |   |  |  |  |               |  |
| Comprendo que, en caso de emergencia, un menor puede ser entregado a personal de la seguridad pública en el caso de que el padre/tutor legal o persona(s) de contacto de emergencia que aparece arriba no se pueda contactar.  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |               |  |
| ¿Existe alguna persona a quien <b>LEGALMENTE NO SE DEBE ENTREGAR</b> su hijo/a? Si corresponde, debe haber récord de una orden (de custodia/restricción) otorgada por un juez.<br>Nombre _____ Parentesco _____  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |               |  |
| <b>OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA</b> (Para información solamente. Se requiere una Solicitud de Inscripción para cada niño.)  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |               |  |
| Nombre y Apellido  |  | Parentesco   |  | Vive en casa  |  | Escuela  |  | Grado 2020-21   |  |  |  |               |  |
|  |  |  |  | J Sí <input type="checkbox"/> No  |  |  |  |   |  |  |  |               |  |
|  |  |  |  | J Sí <input type="checkbox"/> No  |  |  |  |   |  |  |  |               |  |
|  |  |  |  | J Sí <input type="checkbox"/> No  |  |  |  |   |  |  |  |               |  |

**Continuar**

**INFORMACIÓN MÉDICA**

¿Tiene su hijo alguna condición médica, alergia, u otra necesidad especial o problema del cual deberíamos estar informados?  Sí  No  Rehusó contestar

Si responde sí, favor de incluir información detallada: \_\_\_\_\_

**ACUERDO DE PARTICIPANTE**

He recibido y leído las Pautas de comportamiento para Servicios de aprendizaje extendidos y comprendo que la participación en el programa de servicios de aprendizaje extendido es un privilegio, no un derecho, y que el que mi hijo/a no cumpla con las reglas, pautas y reglamentos pudiera resultar en acción disciplinaria, incluyendo, pero sin limitarse a suspensión o despedida del programa. Comprendo que, por el hecho de participar, yo, o mi hijo/a, pudiéramos estar en riesgo de sufrir lesiones corporales u otro tipo de pérdida, incluyendo daño a propiedad. Asumo todo riesgo hacia mí persona y mi hijo/a libremente y a sabiendas.

**Entiendo que mi hijo/a no podrá asistir al Programa de servicios de aprendizaje extendido hasta que este formulario sea completado y entregado. Comprendo que el hecho de entregar este formulario no garantiza la asignación de mi hijo/a al Programa de servicios de aprendizaje extendido**

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO**

En el caso de que mi hijo/a sufra una enfermedad o accidente, yo autorizo que el programa busque ayuda médica mediante llamar al 911 y solicitar servicios de emergencia o asegurar tratamiento de alguna otra manera en una instalación médica.

Yo soy el tutor legal o el padre/madre con custodia legal del menor mencionado arriba y la información en esta solicitud de inscripción es correcta y completa a mi leal saber y entender. Mi firma abajo también indica que yo he leído y doy mi consentimiento a los acuerdos y autorizaciones establecidos en este formulario del Programa de aprendizaje extendido (a menos que se indique lo contrario). Comprendo que la persona que firme abajo será la única autorizada para hacer cambios en este formulario. Además, comprendo que, por cuestión de seguridad, se requiere que presente por escrito cualquier cambio de autorización para la entrega de mi hijo a una persona no autorizada en casos urgentes y bajo la discreción del programa. El programa pudiera permitir mi autorización verbal de tales cambios siempre y cuando se presente verificación de identidad por parte de la persona que haga la solicitud.

| Firma de padre/tutor legal | Nombre (letra de molde) | Fecha | Firma de padre/tutor legal (opcional) | Nombre (letra de molde) (opcional) | Fecha |
|----------------------------|-------------------------|-------|---------------------------------------|------------------------------------|-------|
|                            |                         |       |                                       |                                    |       |