

Orland Unified School District – El Programa Ampliando el Aprendizaje
2023-2024 Aplicación para SPARK

FOR OFFICE USE ONLY	
Payment recvd	_____
Cash check #	_____ mo
Date received	_____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Hombre Mujer

Escuela PARA EL Año 2023/2024 _____ **Grado del Estudiante PARA EL Año 2023/2024** _____

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 algún 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 médica que requiere tratamiento: No Si en caso que si, describir: _____

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

.....

¿Cómo llegará 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: _____

Permiso Para Obtener Información de Aseguranza y de Medico

Mi niño: _____ tiene permiso para asistir al *Programa Ampliando el Aprendizaje* en la Escuela de: _____.

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 del condado de Orland 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 aprobar (o escribir "no" y inicial):

1. _____ Debido a los fondos estatales, los estudiantes que están inscritos en SPARK 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-Quinto grado) tienen que asistir el horario completo del Programa Después de la Escuela diariamente.
 - b. Estudiantes de Escuela Intermedia (Sexto a Octavo Grado) tienen que asistir al Programa Después de la Escuela un mínimo de nueve horas por semana, y un mínimo de tres días por semana.
 - c. 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 SPARK 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 resultará de el/ella se le niega el acceso a la discreción del personal del programa.