

21st Century Community Learning Center
Programa Después de la Escuela

SOLO PARA USO OFICIAL

Grado: 6th 7th 8th 9th 10th 11th 12th
 Escuela: RLHS RLMS JTMMS
 Fecha en que lo recibio la escuela: _____
 Fecha en que lo recibio Nicasa: _____
 Transporte: Si No

Información de Registro Estudiantil

Nombre del participante: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Genero: _____ Grado: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____
 Teléfono: _____ Número alternativo: _____
 Idioma Principal: _____ Programa de Educación Individual ó IEP: **Si ó No**
 Información Demográfica del Estudiante: Indio Norteamericano ó Nativo de Alaska Afroamericano ó Negro
 Asiático ó Islas del Pacifico Hispano ó Latino Blanco Otro

Información de la Madre

Nombre de la Madre: _____
 Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____
 Correo Electrónico: _____
 Idioma Principal: _____ Custodio Principal: Si No

Información del Padre

Nombre del Padre: _____
 Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____
 Correo Electrónico: _____
 Idioma Principal: _____ Custodio Principal: Si No

Información del Custodio – Para ser completado SOLO si los padres NO SON los representantes legales

Nombre del Custodio: _____
 Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____
 Correo Electrónico: _____
 Idioma Principal : _____ Tipo de Custodia: _____

De vez en cuando será necesario para el personal del programa 21st CCLC después de la escuela contactar a los padres/custodios del estudiante sobre el programa. ¿A quien deberíamos contactar primero y por cual medio?

Madre Padre Custodio Contacto de Emergencia Mejor hora para ser contactado: _____
 Teléfono de casa Celular Teléfono del Trabajo Email

Información del Contacto de Emergencia – Otro diferente a los padres/Custodio

Nombre: _____ Relación con el Estudiante: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____
 Teléfono de Casa: _____ Celular: _____

¿Existen restricciones de custodia que nuestro personal del programa deba tener en cuenta? Si es así, por favor explique: _____

Información Médica

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono: _____
 Dirección de la Oficina: _____ Ciudad: _____
 Clínica/Hospital Afiliado: _____
 Proveedor de Seguro de Salud: _____ # de Polizá: _____
 Nombre del Beneficiario del Seguro: _____ Relación con el Estudiante: _____

- Si No ¿La salud actual del participante es completamente satisfactoria para que el/ella puedan participar con seguridad en todas las actividades del programa?
En caso negativo, explique: _____
- Si No ¿El participante ha sufrido recientemente de enfermedades, lesiones ó accidentes?
En caso afirmativo, explique: _____
- Si No ¿El participante tiene algún problema de salud actual que pueda afectar su participación en el programa (por ejemplo, asma, epilepsia ó enfermedades del corazón, etc)?
En caso afirmativo, explique: _____
- Si No ¿El participante tiene alergias a comidas, medicamentos u otras sustancias?
En caso afirmativo, explique: _____
¿Que tipo de reacción alérgica ha sido experimentada por el participante (por ejemplo, dificultades respiratorias, erupciones, etc) ¿Como ha sido tratada esa reacción alérgica?
Explique: _____
- Si No ¿Actualmente el participante esta tomando medicinas recetadas?
En caso afirmativo, nombre/dosis/tiempo/razón para el medicamento: _____

Como padre o representante legal, entiendo que el personal y voluntarios no están capacitados médicamente. Entiendo que mi hijo/a será responsable de auto-administrarse los medicamentos prescritos. Entiendo que si mi hijo/a es objeto de una enfermedad o lesión repentina, puede ser necesaria la atención médica u hospital. Comprendo que seré contactado, tan pronto como sea posible para determinar el curso de acción apropiado. Sin embargo, en el caso de una emergencia médica, tal y como se define por el personal del programa, doy permiso para que mi hijo/a obtenga tratamiento médico de emergencia y atención médica, según lo recomendado por los paramédicos y médicos. Entiendo que como padre o representante legal, yo soy responsable de los costes de todos los servicios de emergencia y médicos prestados.

Entiendo que este consentimiento es válido mientras dure la participación de mi hijo/a en el programa o hasta después de ponerme en contacto con el personal del programa y rescindir mi consentimiento por escrito.

Firma del Padre ó Representante Legal

Fecha

RENUNCIA Y LIBERACIÓN DE TODOS LOS RECLAMOS

Por favor lea este formulario cuidadosamente y este consciente de que, al registrarte y participar en este programa, estará renunciando y liberando a Nicasa de todas las reclamaciones por lesiones que usted pueda sufrir al participar en el programa.

PROGRAMA: A-Plus de Nicasa 21st Century Community Learning Center

FECHAS: Año escolar 2013-2014

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____

El participante se compromete a obedecer todas las reglas y regulaciones del programa, así como al supervisor de este programa.

Como participante en este programa reconozco y estoy consciente que hay ciertos riesgos de lesiones físicas y estoy de acuerdo en asumir todo el riesgo de las lesiones, incluso la muerte, daños o perdida que yo pueda sufrir como resultado de mi participación en todas y cada una de las actividades relacionadas o asociadas con este programa.

Estoy de acuerdo en renunciar a todas las reclamaciones que pueda tener como resultado de mi participación en el programa, en contra de Nicasa, sus oficiales, agentes, funcionarios y empleados



Positive Choices. Lifelong Solutions.

Yo por la presente libero y descargo por completo a Nicasa, sus funcionarios, agentes y empleados de cualquier y todos los reclamos por lesiones, incluso la muerte, daño o pérdida que pueda tener o que pueda acrecentarse debido a mi participación en este programa.

También estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne y defender a Nicasa, sus funcionarios, agentes y empleados de cualquier y todas las reclamaciones derivadas de lesiones, incluso la muerte, daños y pérdidas sufridas por mi y que surjan o estén relacionadas de cualquier manera con las actividades de este programa.

He leído y comprendido completamente los detalles del programa, así como la renuncia y liberación de todos los reclamos. Antes de que esta forma de registro sea válida, el participante deberá firmar la renuncia y liberación de todos los reclamos. Si el participante es menor de 18 años de edad, esta renuncia y liberación de todos los reclamos debe ser leída y firmada por el padre o representante legal.

Firma del Participante

Fecha

Firma del Padre o Representante Legal

Fecha

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Para la siguiente información, por favor escriba sus iniciales dentro de la casilla indicando que ha leído y entiende el comunicado.

INSCRIPCIÓN

Doy permiso para que mi hijo/a participe en el 21st CCLC After School Program a partir de la fecha en que firme este documento hasta que mi hijo/a sea retirado del programa u obtengan mi permiso para retirarlo/a.

ASISTENCIA /PARTICIPACIÓN DEL PADRE

Se invita a los padres a involucrarse. Yo entiendo que puedo visitar el programa a cualquier hora. Entiendo que por el hecho de que el programa es proveído sin costo alguno a mi hijo(a), estoy seriamente comprometido a asistir a todas las actividades de padres/familia.

PASEOS

Yo entiendo que las excursiones son ofrecidas como parte del programa. Yo permitiré a mi hijo(a) asistir a las excursiones con el personal del programa, voluntarios, y otros participantes y acompañantes. Yo entiendo que todas las reglas del programa se aplican durante estas excursiones o paseos. También entiendo que para cada excursión habrá una forma detallada de consentimiento, proporcionando detalles específicos con respecto al evento en particular la cual requerirá mi firma para que mi hijo(a) asista.

VIDEO GRABACIÓN Y FOTOGRAFÍA

Le doy permiso al personal/voluntarios del programa o a sus agentes a revelar la identidad de mí hijo/a y de reproducir y distribuir en los videocasetes, transmisión de videos, fotografías, grabación de sonido u cualquier otro medio de exhibición acerca de la participación de mi hijo/a en actividades del programa para los propósitos educacionales, comunicación o relaciones públicas.

VIDEOS Y PELÍCULAS

Yo le doy permiso al personal del programa y voluntarios para mostrar películas PG-13 a mi hijo/a con el entendimiento que han sido seleccionadas apropiadamente según su contenido. Yo entiendo que ninguna película con clasificación mayor a PG-13 será mostrada.

PERMISO PARA OBTENER INFORMACIÓN



Positive Choices. Lifelong Solutions.

Como el padre/guardián legal de _____, Yo autorizé al Distrito Escolar e institución educativa a la cual mi hijo/a asiste a entregar la siguiente información al programa: datos demográficos, promedio de calificaciones, copias de reporte de calificaciones, programa de educación individual (IEP), promedio de asistencia escolar, acciones disciplinarias, información de logros escolares e información de graduación.

CONSENTIMIENTO PARA LA MEDICIÓN DE RESULTADOS

Yo, _____, le doy permiso a la Junta Directiva de Educación del estado de Illinois y sus designados a recolectar y registrar datos de mí hijo/a, _____, estos datos recolectados pueden incluir, pero no están restringidos a lo siguiente:

- Encuestas y/o entrevistas acerca de su conocimiento, actitudes, técnicas y de comportamientos en cuanto a comportamientos de alto riesgo y hábitos, educación y recursos educacionales, relaciones positivas, selección de carreras. Enlace en la comunidad, y la satisfacción en general con el programa.
- Información escolar y académica de las calificaciones y otros reportes escolares.

Yo entiendo que el propósito de estas encuestas y entrevistas es para documentar el impacto del programa sobre sus participantes y para identificar áreas de mejoramiento. Yo también entiendo que esta información será privada, y que solo el director del programa y sus asistentes podrán ver la información. Además, yo entiendo que puedo retirar mi autorización en cualquier momento, y que mi permiso automáticamente desaparece cuando mi hijo/a deja el programa.

SUMARIO

Yo entiendo que el 21st CCLC Programa Después de la Escuela es voluntario y que mi consentimiento para una o todas las actividades del Programa pueden ser revocadas en cualquier momento al contactar al personal del programa y dando una declaración por escrito en relación a mi revocación del consentimiento que incluirá mi firma y fecha. El personal del programa puede ser contactado en:

Amy Pukal
Administradora del Departamento de Prevención
31979 N. Fish Lake Road
Round Lake, IL. 60073
847-201-7014

Mi firma confirma que yo he leído la información previamente escrita y doy mi consentimiento en las áreas designadas.

Firma del Participante

Fecha

Firma del Padre o Representante Legal

Fecha

TRANSPORTE

¿Su hijo/a necesita transporte para irse a casa después del programa? Si No

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a sea transportado en autobús (dentro de los límites del distrito escolar), de la escuela a la casa según sea necesario, con el propósito de que pueda participar en las actividades que se desarrollen en el programa desde su inscripción. Yo entiendo que si no autorizo a mi hijo/a tomar el autobús yo tomare las medidas necesarias para que el/ella sea transportado/a a casa.

Además, tengo por entendido que solo las personas autorizadas por mi y por escrito tendrán autorización para recoger a mi hijo/a. El personal de Nicasa no permitirá que ningún estudiante se vaya con personas que no sean previamente autorizados por el padre o representante legal.

Firma del Padre o Representante Legal

Fecha