



**Programa de Educación de Tiempo de Aprendizaje Extendido
Matriculación de los estudiantes, la participación, y
el Formulario de Recopilación de Datos
Año Escolar 2019-2020**

Información del Estudiante

Nombre del Estudiante:		Escuela:
Clase:		Fecha de Nacimiento:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Información del Padre / Guardia

Nombre del Padre /Guardia:	
Relación con el Niño (Por favor marque uno): <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Abuela <input type="radio"/> Abuelo <input type="radio"/> Otros:	
Idioma (s) hablado en el hogar:: <input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Francés <input type="radio"/> Otros:	
Teléfono de Casa:	Teléfono Celular:
Teléfono del Trabajo:	Correo Electrónico:

Doy permiso a mi hijo para inscribirse y participar en cualquier programa del Programa de Tiempo de Aprendizaje Extendido ofrecido por el Distrito Escolar de la Ciudad de Poughkeepsie antes de clases, durante el día escolar, después de clases y / o durante las vacaciones escolares. También doy permiso para cualquiera de los evaluadores de programas que utilizan los datos recogidos para evaluaciones.

Cualquier información de los estudiantes individuales recogidos sólo será utilizada para evaluar los programas de Tiempo de Aprendizaje Extendido y no se hará público o compartido con personas no autorizadas. No se utilizará ninguna información de identificación fuera del programa.

Nombre del Padre / Guardia (Imprima): _____

Nombre del Padre / Guardia (Firma): _____

Fecha: _____

Lanzamiento de Niño al Despedido

Mi hijo tiene permiso de caminar solo al despedido: Sí _____ No _____

**** Si no, mi hijo puede ser recogido sólo de la escuela por una de las siguientes personas, a menos que, informe a la escuela lo contrario. Es mi responsabilidad informar a la escuela de cualquier cambio en cuanto a esto.****

Nombre 1:	Relación con el Niño :
Teléfono de Casa :	Teléfono Celular :
Nombre 2:	Relación con el Niño :
Teléfono de Casa :	Teléfono Celular :

Información de Salud

_____ **Sí, la información médica de mi hijo (alergias, medicamentos, necesidades de salud y problemas médicos de importancia) se encuentra archivada en la escuela en la oficina de la enfermera.**

_____ **No, la información médica de mi hijo (alergias, medicamentos, necesidades de salud y problemas médicos de importancia) No se encuentra archivada en la escuela en la oficina de la enfermera. Sin embargo, yo doy consentimiento a atención médico de emergencia bajo los términos indicados.**

Sí mi niño requiere atención médica de emergencia y no puedo ser alcanzado, doy mi consentimiento para el programa de Tiempo de Aprendizaje Extendido obtener la atención médica necesaria para mi hijo. Estoy de acuerdo en pagar todos los costos asociados con la atención médica de emergencia que mi hijo reciba. Yo entiendo que se hará todo lo posible para ponerse en contacto conmigo antes y después de que se proporcione la atención médica. Yo entiendo que este consentimiento será efectivo a partir de la fecha en que yo firme este formulario, y se mantendrá siempre en este programa.

Nombre del Padre/Guardia (Imprima)

Nombre del Padre / Guardia (Firma)

La Fecha

El Consentimiento para Fotografía, Película, y/o Cinta de Vídeo del estudiante para uso sin Fines de Lucro (p.ej., Educación, Servicio Público o la Salud Mental)

Doy mi consentimiento para la participación en las entrevistas, el uso de comillas, y la toma de fotografías, películas o cintas de vídeo del estudiante arriba mencionado por el distrito escolar de la Ciudad de Poughkeepsie. También concedo al Distrito Escolar de la Ciudad de Poughkeepsie el derecho de editar, uso y reutilización de dichos productos para fines no comerciales, incluyendo el uso en forma impresa, en Internet, y todas las otras formas de medios de comunicación. También por este medio liberó al distrito escolar de la Ciudad de Poughkeepsie y sus agentes y empleados de todas las reclamaciones, demandas y responsabilidades de ningún tipo en relación con lo anterior.

Doy consentimiento

Rechazo consentimiento

Nombre del Padre/Guardia (Imprima)

Nombre del Padre / Guardia (Firma)

La Fecha