



Poughkeepsie City School District

Delivering on the promise of a high-quality education

Every scholar. Every day. Every classroom.

My Brother's Keeper Grant - Programa de STEM y Campamento Deportivo Matriculación de los estudiantes, la participación, y el Formulario de Recopilación de Datos Verano 2018

Información del Estudiante

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

Información del Padre / Tutor

Nombre del Padre /Guardia:	
Relación con el Niño (Por favor marque uno): <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otros:	
Idioma (s) hablado en el hogar:: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> 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 My Brother's Keeper Grant - Programa de STEM y Campamento Deportivo ofrecido por el Distrito Escolar de la Ciudad de Poughkeepsie Este programa se ofrece en colaboración con la Cámara de Comercio Regional del Condado de Dutchess y la Ciudad de Poughkeepsie. También autorizo a cualquiera de los evaluadores del programa a utilizar cualquier dato recolectado para propósitos evaluativos.

Como requisito del Programa de My Brother's Keeper Grant - Programa de STEM y Campamento Deportivo, un evaluador independiente recopilara datos de los programas financiados por becas. Cualquier información de los estudiantes individuales recogidos sólo serán utilizados para evaluar los programa de My Brother's Keeper Grant - Programa de STEM y Campamento Deportivo 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 (Escrito): _____

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.**

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 video 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 libero 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