

CFYCD Inscripción al Programa Después de la Escuela– año escolar 2020-21

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento _____

Grado Escolar: _____ Escuela: _____ Maestro: _____

Demografía (esta información se utiliza únicamente para elaboración de informes):

Género del estudiante (marque uno):	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
Estudiante es elegible para (marque uno):	<input type="checkbox"/> Almuerzo Gratis	<input type="checkbox"/> Almuerzo a precio reducido <input type="checkbox"/> N/A
Estudiante recibe aprendizaje servicios de apoyo (marque uno):	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Raza/etnia del estudiante (marque uno o más):	<input type="checkbox"/> Hispana / Latina	<input type="checkbox"/> Americana Indian/Alaska Native
	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Afroamericano / Negro
	<input type="checkbox"/> Nativo	<input type="checkbox"/> Blanco isleño Hawaiano o Pacífico
El estudiante habla inglés como segundo idioma:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

El programa es del lunes al Jueves. Por favor, indique los días que su hijo estará presente en el programa:

____ Lunes ____ Martes ____ Miércoles ____ Jueves Empezando el: _____

Acuerdo de Padres/Tutores (Favor de leer cuidadosamente)

- Entiendo que, para seguridad de mi hijo, debo firmar al momento de recogerlo del programa. También entiendo que mi hijo sólo se dejará ir con las personas enlistadas en la información de emergencia de mi hijo, y que seré contactado inmediatamente si cualquier persona no autorizada intenta recoger a mi hijo.
- Entiendo que el personal del programa aplicará los menores primeros auxilios (vendas/bolsas de hielo) a mi hijo, pero no puede suministrar medicamentos por vía oral. El personal se comunicará con los padres o tutores si los primeros auxilios son necesarios. Doy consentimiento para que CFYCD busque atención médica de emergencia si es necesario.
- Entiendo que el programa de después de la escuela tiene la misma expectativa de comportamiento de los estudiantes como la escuela, y que asistir a cualquier programa de CFYCD es un privilegio y es voluntario.
- Doy permiso para el personal de CFYCD obtenga la siguiente información de mi hijo: datos de asistencia a la escuela y puntualidad; datos de evaluación del estado (PSSA, otros resultados de exámenes, etc.); tarjeta de calificaciones; datos de disciplina de la escuela; encuestas de servicios pre y post; comentarios de los maestros y administradores, bajo el entendimiento de que esta información se mantendrá confidencial a todos niveles
- Yo doy permiso a CFYCD para tomar fotos y video de mi hijo en el programa después de clases con el entendimiento de que estas imágenes pueden utilizarse para: proyectos / Mostrar tablas; anuarios de estudiantes, páginas de web/Facebook/Twitter de CFYCD; en los periódicos locales y compartir con socios y colaboradores de CFYCD.
- Yo entiendo que, si la escuela se cancela o cierra temprano, no habrá ningún programa ese día, si CFYCD decide cancelar el programa, el personal se pondrá en contacto con los padres o tutores antes de 14:00 siempre que sea posible.
- Para facilitar la comunicación, estoy de acuerdo que mi número de teléfono celular se incluya en la aplicación de "remind" del Programa de CFYCD para recibir anuncios, recordatorios o información actualizada.

(Firma del padre o tutor)_____
(Fecha)

ESTUDIANTE INFORMACIÓN

Nombre del estudiante: _____ Edad: _____ Grado: _____
 Maestro (a): _____
 Dirección: _____
 Ciudad, estado, código postal: _____

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

Nombre del padre o tutor: _____ Parentesco: _____
 Dirección: _____
 Ciudad, estado, código postal: _____
 Teléfono de línea: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre del padre o tutor: _____ Parentesco: _____
 Dirección: _____
 Ciudad, estado, código postal: _____
 Teléfono de línea: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL DE EMERGENCIA

Por favor enumere otras dos personas con las que podamos contactar y que tengan permiso para recoger a su hijo/a en caso de que los padres/tutores no estén disponibles. Estos contactos deben estar disponibles durante las horas del programa.

1. Nombre: _____ Teléfono: _____
 2. Nombre: _____ Teléfono: _____

REQUISITOS ESPECIALES

Por favor indique cualquier alergia o condición médica que debemos saber: _____

Por favor indique alguna discapacidad o necesidad especial: _____

TRANSPORTATION FOR AFTERSCHOOL PROGRAM

- **La recogida comienza 1/2 hora antes del cierre del programa.** Las recogidas tardías pueden resultar en la eliminación del programa. Tendrá que firmar a su hijo con el personal de CFYCD, y es posible que deba proporcionar identificación.
- A mi hijo se le permite caminar a casa desde el programa (seleccione uno): YES NO
- Por favor, envíe una nota fechada y firmada, al personal de CFYCD si usted necesita hacer arreglos de transporte diferentes a los convenidos en esta forma.

Cualquier otra información que el Coordinador de CFYCD debe saber:

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Advertencia y Liberación de Responsabilidad

El coronavirus, COVID-19 es un virus extremadamente contagioso que se propaga fácilmente a través del contacto de persona a persona. Las autoridades federales y estatales recomiendan el uso de máscaras y el distanciamiento social como medio para prevenir la propagación del virus. COVID-19 puede provocar enfermedades graves, lesiones personales, discapacidad permanente y la muerte. La participación en actividades con el Programa Después de la Escuela de CFYCD podría aumentar el riesgo de contraer COVID-19. C FYCD de ninguna manera garantiza que la infección por COVID-19 no ocurrirá a través de la participación en las actividades de CFYCD, durante sus programas o sus instalaciones.

Por la presente, certifico en mi nombre y en el del estudiante nombrado que tengo pleno conocimiento de la naturaleza y el alcance de los riesgos inherentes a la participación en las actividades de CFYCD. Yo, en mi nombre y en el del estudiante nombrado, asumo voluntariamente dichos riesgos y acepto dar mi consentimiento para la participación, que puede incluir mantener la distancia social y usar una máscara adecuada.

Además, certifico que los estudiantes nombrados están en buen estado de salud y no tienen condiciones o impedimentos que impidan su participación segura en las actividades de CFYCD. Además, apoyaré todas las prácticas de equipos de protección personal / distanciamiento social en CFYCD para mi estudiante.

Como tal, doy mi consentimiento al estudiante designado para que el personal de C FYCD realice controles de temperatura y para que el estudiante apruebe que no tiene síntomas. En caso de síntomas que incluyen, entre otros, fiebre, dolores corporales, escalofríos, tos, dificultad para respirar, dolor de garganta, náuseas / vómitos, fatiga, pérdida del olfato o del gusto, congestión / secreción nasal y diarrea, debe inmediatamente obtener transporte seguro para / recoger a su estudiante y reconocer que se le puede pedir a su estudiante que salga del evento / actividad relacionada con CFYCD.

Firma del Participante

(Si el joven es menor de 18 años, se requieren la firma del padre / guardián)

Firma requerida del padre/guardián:

Firma del padre/guardián

Fecha

Fecha