



## GVSD PROGRAMA PARA EDAD ESCOLAR

# FORMA DE INSCRIPCION

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

\*Sujeto a disponibilidad

Ubicación de la Escuela:  Bell Hill (K-4)  Scotten (K-4)  Lyman Gilmore (5-8)

### 1. Información de el Estudiante

Nombre: \_\_\_\_\_ Ed Especial /IEP: Sí  No   
                            Apellido                              Nombre                              Inicial

Género:  Varón  Mujer Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Lengua primaria: \_\_\_\_\_

Raza:  Negro  Hispano  Indio Americano  Asiático/Isleño del Pacifico  Blanco  Otro \_\_\_\_\_

Maestra de la Escuela: \_\_\_\_\_ Nivel de Grado Actual : \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ Enfermedades Crónicas/Medicamentos: \_\_\_\_\_

Nombre de hermanos que también asistirán a el Programa de Después de la Escuela: \_\_\_\_\_

Notas Especiales: \_\_\_\_\_

### 2. Información del Padre/Madre/Tutor Legal

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Tel. Casa : \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Tel. Casa : \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### 3. Información para recoger a el estudiante: Recoger únicamente

Por favor anote los nombres y números de teléfonos de las personas que tienen su permiso para recoger a su hijo/a del programa.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### 4. Información de Contactos de Emergencia

En el evento de una emergencia, por favor anote tres personas a quien podamos contactar, que conozcan a su hijo, y que puedan tomar responsabilidad total en caso de que usted no esté disponible.

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel. Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel. Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel. Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_



**5. Consentimiento por el Padre/ Tutor Legal para ver Películas, ser Fotografiado, y el uso de Internet**

Yo doy mi permiso a el Programa de Antes y Después de la Escuela de el Distrito Escolar de Grass Valley para que tome fotografías de mi hijo(a), y usar ciertas fotografías e historias en conexión con su trabajo, sin consideración o compensación de ninguna clase, y yo libero a GVASP de cualquier reclamo que pueda surgir a lo entredicho.  Si  No

Yo doy mi permiso a el GVASP que de permiso a mi hijo/a de usar el Internet bajo la supervisión del personal del Programa de antes y Después de la Escuela.  Si  No

Yo doy mi consentimiento a el GVASP que permita que mi hijo/a vea películas clasificadas G y PG bajo la supervisión de el personal de el Programa de Antes y Después de la Escuela.  Si  No

**6. Acuerdos de los Padres/Tutor Legal**

siguientes términos como condiciones a la inscripción de mi hijo(a) en el Programa de Antes y Después de la Escuela. (Por favor ponga sus iniciales en cada línea)

El programa empieza cada día a las 7:00 a.m. y cierra a las 6:20 p.m. Los niños que se queden después de las 6:00 p.m. se les cobrará a los padres un cargo de **\$1.00 por minuto por niño**. El cargo será recolectado el mismo día que recojan a el niño tarde. \_\_\_\_\_

Mi hijo/a tiene permiso de usar el camión que provee Transportaciones Durham y el Programa de antes y después de la escuela. \_\_\_\_\_

Mi hijo/a tiene permiso de participar en excursiones caminando con el Programa de Antes y Después de la Escuela \_\_\_\_\_

Mi hijo/a tiene permiso para firmar y así poder salir de programa y caminar a casa (Solo para Lyman Gilmore) \_\_\_\_\_

Yo entiendo que mi hijo/a debe obedecer las guías de comportamiento de el programa. Si el/ella no sigue las guías de comportamiento puede resultar en expulsión del programa. (Por favor vea nuestras pólizas en las guías de comportamiento) \_\_\_\_\_

Yo entiendo que el Programa de Antes y Después de la Escuela de G.V. no se hace responsable de objetos personales que se pierdan, sean robados, o dañados \_\_\_\_\_

Yo entiendo que el Programa de Antes y Después de la Escuela de G.V. no provee seguro médico individual por accidentes. (Hay seguro médico disponible a través de la escuela a costo de los padres). \_\_\_\_\_

**Médico para llamar en una emergencia**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Numero de Medi-Cal \_\_\_\_\_ Aseguro Médico \_\_\_\_\_

Numero de la Aseguro \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, heridas, o enfermedades, Yo autorizo al Programa de Antes y Después de la Escuela de Grass Valley que llame a los paramédicos. Como tutor legal del menor inscrito arriba, yo autorizo a los representantes de la escuela designada que den consentimiento a tomar rayos-x, exámenes, anestesia, diagnósticos médicos, cirugías, tratamiento, o cuidados de hospitalización, por sugerencia de un Médico o un dentista con licencia.

Yo leí y entiendo lo escrito arriba

Firma de Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_