

2017-18 Solicitud de Matrícula en el Programa

Office Use Only

 SSID #: _____ Date Rcv'd: _____ Start Date: _____
 Wait List: _____ Group: _____ Info Complete Data Entered

Nombre LEGAL del Estudiante: Apellido		Primer Nombre	Segundo Nombre	Grado (2017-18 Año Escolar)	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento
Escuela		Distrito		Número de identificación del estudiante (requerido)			
Nombre del Maestro (de Primaria, o de Inglés en la Escuela Intermedia)		(de Matemáticas en la Escuela Intermedia)		Nombre del Consejero Escolar (Si aplica)		¿Ha atendido, el estudiante, un Programa de THINK Together antes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si, sí, ¿Dónde?	
Dirección de Residencia Principal del Estudiante				Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección de Correo del Padre/tutor legal		<input type="checkbox"/> Marque aquí si es el mismo que el anterior		Ciudad	Estado	Código postal	
Madre/tutora legal Apellido		Primer Nombre	Relación (Tutor Legal Únicamente)	Lugar de Empleo		También me puede contactar vía texto. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Correo Electrónico	Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Marque aquí si este es su número principal	Teléfono laboral <input type="checkbox"/> Marque aquí si este es su número principal	Celular <input type="checkbox"/> Marque aquí si este es su número principal				
Padre/tutor legal Apellido		Primer Nombre	Relación (Tutor Legal Únicamente)	Lugar de Empleo		También me puede contactar vía texto. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Correo Electrónico	Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Marque aquí si este es su número principal	Teléfono laboral <input type="checkbox"/> Marque aquí si este es su número principal	Celular <input type="checkbox"/> Marque aquí si este es su número principal				

AUTORIZACIÓN DE SALIDA DEL ESTUDIANTE (APARTE DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES MENCIONADO(S) ARRIBA, SE REQUIERE MÍNIMO UN CONTACTO)

Entiendo que un adulto autorizado (de 18 años o mayor con una identificación con foto) debe firmar diariamente la salida del niño del programa. Aparte de los padre(s)/tutore(s) legales nombrados arriba, autorizo a las siguientes personas adicionales a recoger a mi niño del lugar, inclusive en caso de emergencia (adjunte una página adicional si requiere más espacio):

Primer Nombre y Apellido	Relación	Número de Teléfono Primario	Número de Teléfono Secundario	Fecha Agregada	Fecha Removido
-----	-----	() -----	() -----	-----	-----
-----	-----	() -----	() -----	-----	-----
-----	-----	() -----	() -----	-----	-----
-----	-----	() -----	() -----	-----	-----


Entiendo que en caso de emergencia se puede entregar al menor a las fuerzas del orden público si no se puede localizar a los padres, tutores legales o persona(s) autorizadas de emergencia de contacto enumeradas. También entiendo que puedo autorizar que se permita salir temprano a mi niño del programa tanto regular como ocasionalmente, incluso para que asista a un programa/actividad local no supervisada por THINK Together. La actividad puede ser administrada por personal del distrito escolar o por un proveedor externo. Entiendo que cuando se deje salir a mi niño temprano, un padre o persona autorizada tendrá que documentar la hora y la razón de la salida temprana. En casos de salida temprana periódica, tendré que completar el formulario de Llegada Tardía/Salida Anticipada de THINK Together.

¿Hay alguna persona con la cual su niño no puede estar legalmente en libertad? Una orden emitida por el Tribunal de Justicia (custodia / alejamiento) debe estar en el expediente, en su caso.

Nombre _____ Relación _____

OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA (Sólo para propósitos informativos. Una Solicitud de Matrícula se requiere por cada niño.)

Primer Nombre y Apellido	Relación	Vive en Casa	Escuela	Grado 2017-18	Actualmente atendiendo el Programa de THINK
-----	-----	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	-----	-----	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-----	-----	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	-----	-----	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-----	-----	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	-----	-----	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

 Continuar 

INFORMACIÓN MÉDICA

¿El niño a su cargo sufre alguna afección médica, de alergia o tiene otras necesidades o problemas especiales que debiéramos conocer?

Sí No Declino Contestar

Si respondió afirmativamente, sírvase a brindar información detallada: _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

1. ¿El niño a su cargo está inscrito en el programa de alimentación gratuita o con descuento "Free or Reduced Lunch Program"?

Sí No Declino Contestar

2. ¿El niño a su cargo fue designado como estudiante que está aprendiendo inglés "English Learner" (EL)?

Sí No Declino Contestar

3. ¿El niño a su cargo fue designado para recibir educación especial como "Special Education Student" con un programa de educación individualizada "Individualized Education Program" (IEP)?

Sí No Declino Contestar

4. ¿El niño a su cargo cuenta con los beneficios del Plan 504 para discapacitados?

Sí No Declino Contestar

Si respondió afirmativamente a las preguntas 3 o 4 anteriores, sírvase a brindar información detallada: _____

GRUPO ÉTNICO (Opcional): Marque el grupo étnico con el que mejor se identifica el niño. Por favor marque uno:

Hispano/Latino (Una persona de cultura cubana, mexicana, puertorriqueña, sud- o centroamericana, u otra cultura u origen español, sin importar la raza)

No hispano o latino

¿CUÁL ES LA RAZA DE SU NIÑO? (Opcional): La parte anterior de la pregunta es acerca del grupo étnico, no raza. Sin importar lo que seleccionó arriba, por favor conteste lo siguiente marcando una o más casillas para indicar cuál considera que es la raza de su niño.

Nativo Americano o Nativo de Alaska (Persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Norte y Sudamérica (incluyendo a Centroamérica))

Asiático (que incluye Filipino)

Nativo Hawaiano u Otro Isleño del Pacífico

Negro o Afroamericano

Blanco (Persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, África del Norte o El Oriente Medio)

PUBLICACIÓN DE FOTO/VIDEO/PRODUCTO DEL ALUMNO

Autorizo a THINK Together, y sus empleados, representantes, y cesionarios, a utilizar y a publicar las obras que el niño a mi cargo produce durante las actividades de THINK Together, y a utilizar y publicar las fotos tomadas o videos grabados durante las actividades del programa o los eventos especiales patrocinados por THINK Together en las que aparece el niño a mi cargo. Tales fotos, productos del alumno o materiales de video pueden utilizarse en publicaciones, presentaciones audiovisuales, material de promoción, publicidades o de cualquier otra forma, sin que el niño, sus padres o tutor tenga derecho a recibir remuneración alguna. También entiendo que incluso si escojo no aceptar esta estipulación, THINK Together no puede asegurar que fotografías, productos del estudiante, o video de mi niño no sea/n utilizado/s por otras entidades, incluyendo representantes de los medios.

Niego permiso a THINK Together para que las fotografías de mi niño, productos del estudiante, o materiales de video sean utilizados como se indica arriba.

ACUERDO DE LIBERACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Entiendo que, como parte de la participación del niño a mi cargo en el Programa de "THINK Together", la escuela y/o el distrito escolar pueden compartir datos incluyendo, pero no limitados a, demográficos, de salud, e información de contacto, asistencia, boletas de calificaciones, evaluaciones y resultados de las pruebas, con THINK Together para permitir a THINK Together entender las necesidades del estudiante, seguir el progreso del estudiante y promover la calidad del programa. Además, THINK Together administrará encuestas y evaluaciones para evaluar el progreso de los estudiantes y el impacto del programa.

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO

En caso de enfermedad o accidente, autorizo a THINK Together a solicitar auxilio y asistencia médica llamando a los servicios de emergencia 911 o a obtener tratamiento en un servicio médico de cualquier otra forma. Yo reconozco que THINK Together no proporciona cobertura médica para los participantes.

CONTRATO DE PARTICIPACIÓN

Entiendo que el propósito principal de THINK Together es proporcionar un ambiente seguro y positivo donde los estudiantes reciban el apoyo académico que necesitan para alcanzar su máximo potencial. Entiendo que para asegurar la eficacia del programa, y de acuerdo con la intención legislativa establecida en el Código de Educación, los estudiantes deben participar en el día completo del programa cada día que asistan a la escuela; que se dará prioridad de matriculación a los estudiantes que se comprometan a asistir y asistan de esta forma; y que el no satisfacer esta expectativa podría resultar en que el estudiante sea dado de baja del programa.

Otorgo mi consentimiento para la participación del niño a mi cargo en el/los Programa(s) de THINK Together. Para programas de día escolar, he recibido y leído el manual THINK Together para Padre y Estudiantes, y entiendo que la participación en el/los Programa(s) de THINK Together es un privilegio, no un derecho, y que el incumplimiento del niño a mi cargo de las normas, regulaciones y políticas del programa puede tener como resultado medidas disciplinarias, incluyendo pero no limitadas a, la suspensión o el retiro del programa. Reconozco que si yo no recibo un manual, puedo solicitar uno a THINK Together. Entiendo que, en virtud de tal participación, yo o el niño a mi cargo podemos estar en riesgo de sufrir daños físicos u otras pérdidas, inclusive daños a bienes. Asumo deliberada y libremente la totalidad de dichos riesgos que enfrentamos yo o el niño a mi cargo. También reconozco que THINK Together no provee cobertura médica para los participantes y eximo a THINK Together, sus funcionarios, representantes, contratistas o subcontratistas o empleados de toda responsabilidad respecto de todas y cada uno de dichos daños o pérdidas, salvo los daños o pérdidas que tengan por origen una falta deliberada de THINK Together, sus empleados o representantes. Entiendo que THINK Together y sus socios de la comunidad no son responsables por los incidentes que involucren a mi niño que sucedan antes de su llegada a o después de su salida del programa de THINK Together, incluyendo cuando estén bajo la supervisión de, o han sido liberados de la supervisión de, un programa/actividad local no supervisado/a por THINK Together.

Entiendo que mi niño no puede asistir a ningún programa de THINK Together hasta que esta forma haya sido completada y enviada. Entiendo que la entrega de este formulario no le garantiza el cupo a mi niño en el/los Programa(s) de THINK Together.

Soy el tutor legal o el padre con custodia legal del niño antes mencionado, y la información en esta solicitud de inscripción es fiel y completa, según mi leal saber y entender. Mi firma abajo también indica que he leído y consentido al conjunto de acuerdos y autorizaciones señalados en este formulario de Solicitud de Matricula en el Programa (a menos que se señale de otro modo). Entiendo que sólo el abajo firmante podrá autorizar cambios a esta forma. También entiendo que por razones de seguridad debo presentar por escrito cualquier cambio de permiso para que mi niño viaje en autobús a casa solo o camine a casa solo (si es permitido en mi sitio) o para que mi niño sea entregado a individuos no autorizados. En situaciones de urgencia y a discreción de THINK Together, THINK Together puede permitir una autorización verbal de tales cambios sujetos a la comprobación de la identidad de la persona que hace la solicitud.

Firma del padre/tutor legal	Nombre escrito	Fecha	Firma del padre/tutor legal (Opcional)	Nombre escrito (Opcional)	Fecha