

**Información del Estudiante**

Nombre del Estudiante (Apellido, Primer Nombre)	Grado	Sexo <b>Mas. / Fem.</b>	Fecha de Nacimiento
---	-------	----------------------------	---------------------

**Hora de Recoger/Permiso de Salir Temprano**

Se requiere asistencia diaria de los estudiantes que participan en el Programa Después de la Escuela. El Programa Después de la Escuela requiere que los programas permanezcan abiertos hasta las 6:00 p.m. y durante 15 horas por semana. Sin embargo, se entiende que los compromisos familiares, los nombramientos relacionados con la salud, otras actividades externas o cuestiones de seguridad ocurrirán durante las horas del Programa Después de la Escuela. Para ocasiones como estas, usted puede solicitar un tiempo de liberación temprana para que su estudiante sea recogido del programa.

El Código de Educación de California Sección 8483 (a) establece que:

1. Cada programa después de la escuela comenzará inmediatamente después de concluir el día escolar regular, y operará un mínimo de 15 horas por semana, y por lo menos hasta las 6:00 p.m. en cada día escolar regular.
2. La prioridad de inscripción se da a los estudiantes que pueden asistir diariamente. Es la intención de la legislatura que los alumnos de la escuela primaria participen en el día completo del programa cada día la escuela está en la sesión, y que los estudiantes en la secundaria o la escuela secundaria menor asistan a un mínimo de nueve horas a la semana y tres días a la semana para lograr los objetivos del programa.

**Horario de Recoger.** Mi hijo/a:

- Se recogerá todos los días del programa a las \_\_\_\_ p.m.
- Se recogerá semanalmente los siguientes días:  LUNES a las \_\_\_\_ pm  MARTES a las \_\_\_\_ pm  MIERCOLES a las \_\_\_\_ pm  JUEVES a las \_\_\_\_ pm  VIERNES a las \_\_\_\_ pm.
- Caminará a casa en los siguientes días:  LUNES a las \_\_\_\_ pm  MARTES a las \_\_\_\_ pm  MIERCOLES a las \_\_\_\_ pm  JUEVES a las \_\_\_\_ pm  VIERNES a las \_\_\_\_ pm.
- Durante horario de verano, caminará a casa:  LUNES a las \_\_\_\_ pm  MARTES a las \_\_\_\_ pm  MIERCOLES a las \_\_\_\_ pm  JUEVES a las \_\_\_\_ pm  VIERNES a las \_\_\_\_ pm.
- Caminará a casa diariamente a la hora de la salida-6pm  Montará el autobús a las \_\_\_\_ p.m. Ruta/Parada: \_\_\_\_\_.

**Justificación para Salir Temprano:** Mi hijo / a no puede asistir hasta el tiempo de salida porque:

- Mi hijo / hija recibe transporte patrocinado por el distrito y debe partir a una hora designada.
- Nuestro horario familiar dificulta que mi hijo / hija sea recogido por el tiempo de salida.
- Mi hijo tiene otras obligaciones no relacionadas con el programa  Horario de Verano  Otra razón: \_\_\_\_\_

**Madre o Guardián**

Apellido	Primer Nombre	Correo Electrónico (Email)	Empleador
Domicilio de Casa		Ciudad	Código Postal
Teléfono de Casa	Teléfono Móvil	Teléfono del Trabajo	

**Padre o Guardián**

Apellido	Primer Nombre	Correo Electrónico (Email)	Empleador
Domicilio de Casa (Si es diferente de la madre / guardian)		Ciudad	Código Postal
Teléfono de Casa	Teléfono Móvil	Teléfono del Trabajo	

¿Hay órdenes de custodia / visitación ordenadas por el tribunal que limiten el acceso a este estudiante?

- Si  No **En caso afirmativo, adjunte el ordenamiento jurídico.**

El alumno vive con:  Los Padres  Madre  Padre  Guardián Legal

AB 1567 requiere que los programas después de la escuela den primera prioridad a los alumnos identificados como jóvenes sin hogar o jóvenes de crianza temporal. Por favor, marque esta casilla si está eligiendo autocertificar que su hijo es un joven sin hogar o un joven adoptivo.

pg. 1 Inicial de Padres/Guardianes: \_\_\_\_\_ Al firmar aquí, yo, el padre/madre/guardián certifica que toda la información en esta página es verdadera y exacta.



**Autorización para recoger Lista y Contactos de Emergencia**

A continuación, indique a las personas que usted permite recoger a su estudiante del programa después de la escuela. Por razones de seguridad, su hijo / hija SERA SOLAMENTE entregado a los individuos listados abajo. Aquellos que recojan a los estudiantes pueden ser solicitados a presentar la identificación antes de que su estudiante sea liberado del programa. Si desea agregar o cambiar nombres, debe ponerse en contacto con el programa después de la escuela.

Nombre	Relación	Numero de Teléfono
Nombre	Relación	Numero de Teléfono
Nombre	Relación	Numero de Teléfono
Nombre	Relación	Numero de Teléfono



**Información Médica/ En Caso de Emergencia**

Si su hijo requiere medicamentos en la escuela, todos los medicamentos enviados a la escuela deben estar en el envase original con una fecha actual y el nombre del niño.

Medicación	Dosis	Hora(s) dada(s)		

Condiciones Médicas				
Usa Lentes/Contctos <input type="checkbox"/> Trabajo tablero <input type="checkbox"/> Para leer <input type="checkbox"/> Todo el tiempo	Fecha del último examen ocular?	<input type="checkbox"/> Usa audifonos medicos	<input type="checkbox"/> Diabetes	Dependiente de la insulin: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Alergias severas que requieren <input type="checkbox"/> Epi-pen <input type="checkbox"/> Benadryl	Por favor, explique el tipo de alergia:			
<input type="checkbox"/> Asma	Si está marcado: <input type="checkbox"/> usa inhalador <input type="checkbox"/> medicina diaria	<input type="checkbox"/> Convulsiones	Si está marcado: <input type="checkbox"/> esta tomando medicina	

A continuación, explique cualquier enfermedad reciente, hospitalización, cirugía o cualquier condición médica que pudiera requerir alojamiento en la escuela.

Yo / nosotros, confirmamos que yo / nosotros somos el padre/madre o guardián legal de (nombre del estudiante) \_\_\_\_\_, un menor, por lo presente doy autorización y consentimiento al Programa Antes de Escuela /

Después de la Escuela para obtener atención médica de emergencia y transporte necesario, incluyendo la administración de anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico y hospital de emergencia que se considere aconsejable y debe ser prestado bajo la supervisión general o específica del personal médico y de emergencias con licencia bajo las disposiciones de la ley de práctica de medicina y el Departamento del Estado de California De Salud Pública.

Se entiende que se hará todo lo posible para comunicarse con usted o con los contactos de emergencia antes de darle tratamiento al estudiante, pero que no se le negará ninguno de los tratamientos mencionados si no se puede localizar a los adultos firmantes o autorizados. Se entiende que su hijo(a) será llevado al hospital más cercano disponible para atención de emergencia, a menos que se especifique lo contrario aquí.

\_\_\_\_\_ es mi hospital deseado.

Yo / nosotros entendemos que el distrito escolar no provee seguro de accidentes / médicos para los estudiantes y yo / nosotros entendemos que todos los costos relacionados con el tratamiento médico pueden ser mi / nuestra responsabilidad y no la del distrito escolar o el Superintendente de Escuelas de Fresno.

**Liberación y Permisos**

Nombre del Estudiante (Apellido, Primer Nombre)	Grado
---	-------

\_\_\_\_\_ Al poner mis iniciales aquí, le doy a mi hijo/hija el permiso de asistir al Programa Después de Escuela que comienza al finalizar el día escolar regular hasta el despido del programa o el tiempo de salida temprana. Estoy consciente de que mi hijo/hija **debe** ser recogido a tiempo del programa o tiene un tiempo documentado de liberación temprana (vea la página 1). Entiendo que alguien que recoja a mi hijo/hija puede ser requerido mostrar identificación al personal del programa después de escuela.

\_\_\_\_\_ Al poner mis iniciales aquí, doy permiso para que mi hijo/hija sea entrevistado/a, fotografiado/a y / o grabado/a en video mientras participa en el Programa Después de Escuela. Estoy consciente de que hay ocasiones en que el programa puede aparecer en noticias y reportajes, fotografías y / o reportajes de televisión, estaciones de radio y periódicos tal vez deseen entrevistar a mi hijo / hija. Entiendo que tales fotografías, grabaciones de video y / o reportajes serán propiedad del Programa Después de Escuela, y pueden usarse **SOLAMENTE** con el propósito de documentar o publicar el Programa Después de Escuela a través de medios impresos, internet y redes sociales.

\_\_\_\_\_ Al poner mis iniciales aquí, reconozco que he leído las políticas de asistencia y las políticas del Programa Después de Escuela. Entiendo que mi hijo/hija y los padres / guardianes legales deben seguir estas guías y políticas para poder participar en el Programa Después de Escuela.

\_\_\_\_\_ Al poner mis iniciales aquí, doy mi permiso para que el personal del programa firme por mi para despedir a mi hijo/hija del programa por razones que incluyen pero no se limitan a que tiene que caminar a casa, es recogido temprano o recibe transporte del distrito.

\_\_\_\_\_ Al poner mis iniciales aquí, permito que mi hijo/hija vea películas durante el programa después de la escuela, de acuerdo con la política del distrito escolar. Entiendo que como parte del enriquecimiento después de la escuela y las actividades académicas en el aula, los instructores pueden ocasionalmente mostrar películas a los participantes después de la escuela. El programa después de la escuela escogerá las películas de acuerdo con las guías de selección de películas del distrito escolar. Este documento sirve como el formulario de permiso.

\_\_\_\_\_ Al poner mis iniciales aquí, permito que mi hijo/hija se firme fuera del programa para poder caminar a casa o a tomar el transportacion del distrito.

\_\_\_\_\_ Al poner mis iniciales aquí, permito que mi estudiante participe en encuestas después de la escuela. Entiendo que a mi estudiante se le pide que participe en una Encuesta de Estudiantes del Programa Después de Escuela, que se administra a través del Superintendente de Escuelas del Condado de Fresno. La encuesta se dará dos veces por año escolar, como una pre-encuesta en octubre y otra encuesta en mayo. Esta es una encuesta muy importante que nos ayudará a evaluar y mejorar el programa después de escuela, que ofrece a su estudiante actividades diseñadas para promover el rendimiento académico y el desarrollo de habilidades sociales y emocionales positivas.

**Contenido de la encuesta.** La encuesta reúne información sobre qué tan bien el programa después de escuela apoya el desarrollo de habilidades socioemocionales relacionadas con el éxito escolar, incluyendo la mentalidad de crecimiento, autopercepciones de competencia académica, autorregulación, compromiso escolar, percepciones de competencia social, autoeficacia, preocupación Para otros, y / o perseverancia.

**Es Voluntario.** Su hijo/hija no tiene que tomar la encuesta. Los estudiantes que participan sólo tienen que responder a las preguntas que quieren responder y pueden dejar de tomarlo en cualquier momento

**It is Confidencial.** Los resultados de esta encuesta se recopilarán en los informes de nivel de condado utilizados para la evaluación del programa después de escuela. No se reportarán resultados individuales de los estudiantes. Los resultados se pondrán a disposición para su análisis únicamente en condiciones de estricta confidencialidad. El apellido y el cumpleaños de su hijo/hija se le pedirá en el formulario de encuesta, sólo con el propósito de hacer coincidir la pre-encuesta con la encuesta posterior.

**Riesgos Potenciales.** No hay riesgos conocidos de daño físico, psicológico o social a su hijo/hija.

**Para mas información.** Si tiene preguntas sobre esta encuesta, sobre sus derechos o no quiere que su hijo participe en esta encuesta, llame al Superintendente de Escuelas del Condado de Fresno, Departamento de Niños Seguros y Saludables al 559-497-3887.

Declaro que soy el padre / tutor legal del estudiante nombrado y la información en esta aplicación de tres páginas es verdadera y correcta. Yo notificaré al programa después de la escuela si hay cambios en cualquier información indicada en la solicitud

Nombre del Padre / Guardián	Firma del Padre / Guardián	Fecha	Numero de Teléfono
-----------------------------	----------------------------	-------	--------------------