



**Palestine ISD Programa Después de la Escuela
2015-2016 Formato de Inscripción**



NOMBRE ESTUDIANTE: (apellido) _____ (nombre(s)) _____
DIRECCIÓN: (Calle) _____ (apt #) _____
CIUDAD/ESTADO/ZIP: _____ FECHA NACIMIENTO _____ (edad) _____
GÉNERO: (masculino) ____ (femenino) ____ RAZA: _____ ESCUELA: _____ GRADO: ____
ID ESTUDIANTE: _____ IDIOMA PRINCIPAL : _____
NOMBRE DEL MAESTRO _____

PADRE/TUTOR LEGAL (Nombre) _____
DIRECCIÓN (calle) _____ (ciudad/estado) _____ (código postal) _____
EMPLEADOR _____ (teléfono del trabajo) _____
contacto (teléfono casa) _____ (teléfono celular) _____ e-mail _____
Marque con una "X" en la forma que prefiera que se le contacte (teléfono casa) ____ (celular/texto) ____ (e-mail) ____

PADRE/TUTOR LEGAL (Nombre) _____
DIRECCIÓN (calle) _____ (ciudad/estado) _____ (código postal) _____
EMPLEADOR _____ (teléfono del trabajo) _____
contacto (teléfono casa) _____ (teléfono celular) _____ e-mail _____
Marque con una "X" en la forma que prefiera que se le contacte (teléfono casa) ____ (celular/texto) ____ (e-mail) ____

¿CÓMO LLEGA A SU CASA NORMALMENTE SU HIJO AL FINAL DEL DÍA?

(autobús escolar) ____ (a pie) ____ (ustedes lo recoger) ____ (otra manera): _____

¿QUIEN TIENE PERMISO PARA RECOGER A SU HIJO AL FINAL DE CADA DÍA, ADEMÁS DE USTED MISMO?

(nombre/relación) _____ (teléfono) _____

(nombre/relación) _____ (teléfono) _____

Entiendo que si mi hijo debe ser recogido al terminar el programa, si no se recoge a tiempo, el personal después de la escuela puede llamar a la policía de PISD. Después de tres veces que se recoja tarde, mi hijo puede ser expulsado del programa.

INFORMACIÓN MÉDICA: Por favor escriba cualquier problema especial que su hijo pueda tener, tales como alergias, enfermedades, medicamentos prescritos, lesiones graves y/u hospitalizaciones:

NOMBRE MÉDICO: _____ **TELÉFONO:** _____

DIRECCIÓN: (Calle) _____ (ciudad / estado) _____ (zip) _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA: En caso de que mi hijo tuviera un accidente o enfermedad repentina, y en el caso de que yo no pueda ser localizado por teléfono, por la presente autorizo a un representante de PISD para referir a mi hijo al médico nombrado arriba o busque atención médica apropiada. PISD no se hace responsable de los gastos incurridos.

PADRE/TUTOR: _____ (fecha) _____

POR FAVOR, DE LA VUELTA A LA HOJA Y COMPLETE LA PARTE DE ATRÁS

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA Y LOS PADRES NO PUEDEN SER LOCALIZADOS:

(nombre/relación) _____ (tel.) _____
(nombre/relación) _____ (tel.) _____

AUTORIZACIÓN PARA (nombre del niño): _____

POR FAVOR LEA LOS PERMISOS

* Doy permiso al programa para transportar a mi hijo en los autobuses escolares y/o vehículo personal que funciona desde y hacia nuestro sitio después de la escuela en las excursiones especiales (por separado autorizados por el padre o tutor).

* Yo entiendo y acepto que ni el programa ni sus empleados y voluntarios son responsables o legalmente responsable de las pérdidas de propiedad personal o por las lesiones corporales sufridas y sufridos por el niño en cualquier propiedad del programa o en conexión con cualquier actividad del programa.

ESTOY DE ACUERDO CON LAS DECLARACIONES ANTERIORES

(firma) _____ (fecha) _____

Yo autorizo que mi hijo sea fotografiado y/o grabado en video en el ejercicio de las actividades del programa y para aquellas imágenes que se utilizarán para publicidad y/o con fines de reclutamiento. SI ____ NO ____

Estoy interesado en ser voluntario con el programa después de la escuela, ya sea en el Consejo Asesor o en otra capacidad, tales como la enseñanza de una clase. SI ____ NO ____

TODA LA INFORMACIÓN ES COMPLETAMENTE CONFIDENCIAL

Yo soy el padre o tutor legal del menor nombrado arriba y tengo la autoridad legal para ejecutar este consentimiento y release.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

GRACIAS! ESPERAMOS UN BUEN AÑO!!