



Nebraskenses de Reforma Cívica

Inscripción Después De La Escuela

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre del niño:	Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> femenina
Grado actual:	Número de ID de estudiante:	Fecha de Inicio: (Oficina entrada):
Título XX: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí		

INFORMACIÓN DEL PADRES #1

Nombre:	Dirección:	Ciudad, estado, código postal:
Teléfono (celular):	Teléfono (trabajo):	Teléfono (casa):
Correo electrónico:		
Empleador:	Dirección del empleador:	
Prefiere métodos de contacto: <input type="checkbox"/> teléfono (trabajo) <input type="checkbox"/> teléfono (celular) <input type="checkbox"/> teléfono (casa) <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> texto		

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR #2

Nombre:	Dirección:	Ciudad, estado, código postal:
Teléfono (celular):	Teléfono (trabajo):	Teléfono (casa):
Correo electrónico:		
Empleador:	Dirección del empleador:	
Prefiere métodos de contacto: <input type="checkbox"/> teléfono (trabajo) <input type="checkbox"/> teléfono (celular) <input type="checkbox"/> teléfono (casa) <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> texto		

PERSONA (S) A QUIEN EL HIJO PUEDE SER LIBERADO POR EL CUIDADOR (SI NADIE, POR FAVOR, ESCRIBA "NINGUNO")

Nombre #1:	Dirección:	Relación:
Teléfono (celular):	Teléfono (trabajo):	Teléfono (casa):
Nombre #2:	Dirección:	Relación:
Teléfono (celular):	Teléfono (trabajo):	Teléfono (casa):

PERSONA (S) QUE SE HARÁ CARGO DE SU HIJO EN CASO DE EMERGENCIA CUANDO NO PUEDE LLEGAR A PADRES/GUARDIAN

Nombre #1:	Dirección:	Relación:
Teléfono (celular):	Teléfono (trabajo):	Teléfono (casa):
Nombre #2:	Dirección:	Relación:
Teléfono (celular):	Teléfono (trabajo):	Teléfono (casa):

¿PEDIDOS DE CUALQUIER RESTRICCIÓN O CUSTODIA QUE INVOLUCRE SU HIJO TENEMOS QUE TENER EN CUENTA?

SITUACIONES DE EMERGENCIA

Entiendo que si se presenta una emergencia médica, el personal del programa tomará todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad de mi hijo y llamará a un vehículo público de emergencia para el transporte a un centro médico cuando sea necesario. Entiendo que soy responsable de los gastos de transporte y gastos médicos que incurren.

Firma del padre/tutor Fecha ____: ____

CONSENTIMIENTO PARA CONTACTO MÉDICO O DENTISTA EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del médico:	Dirección:	Teléfono:
Nombre del dentista:	Dirección:	Teléfono:

En el caso de no poder llegar a hacer arreglos, por la presente doy mi consentimiento en contacto con las personas anteriores.

Firma del padre/tutor Fecha ____: ____

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y LA COMPETENCIA MÉDICA DEL NIÑO

Estado de salud actual o cualquier problema de salud que el cuidador debe saber:

Preocupaciones especiales (gafas, audífonos, muletas) o cualquier niño de actividades no debe participar en:

<p>Lista de cualquier alergia o intolerancia a alimentos, picaduras de las picaduras de insectos, u otros factores que resultan en reacción médica. Por favor dar instrucciones claras en caso de una exposición del factor.</p> <p>Alergia a los cacahuates <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí, comento:</p>
<p>Medicamento (si existe):</p>
<p>Certifico que la información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento y han determinado que el cuidador es competente para dar o aplicar el medicamento especificado arriba a mi hijo si procede.</p> <p>Firma del Padre/Tutor Fecha ____: ____</p>

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA (PARA INFORMES DE ESTADÍSTICA – TODA LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL)		
Actual edad del niño:	Género: <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> femenina	Casa código postal:
Origen étnico: <input type="checkbox"/> hispano/Latino <input type="checkbox"/> no hispanos latinos		Padres militares: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No
Raza: <input type="checkbox"/> blanco/caucásico <input type="checkbox"/> afro-americana <input type="checkbox"/> hispana/Latino <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> nativo americano <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> otros		
Ingresos: <input type="checkbox"/> bajo \$5.000 <input type="checkbox"/> \$5.000-\$9.999 <input type="checkbox"/> \$10.000-\$14.999 <input type="checkbox"/> \$15.000-\$19.999 <input type="checkbox"/> \$20.000- <input type="checkbox"/> \$25.000de \$24.999-\$29.999 <input type="checkbox"/> \$30.000-\$34.999 <input type="checkbox"/> \$35.000-\$39.999 <input type="checkbox"/> \$40.000-\$44.999 <input type="checkbox"/> \$45.000-\$49.999 <input type="checkbox"/> \$50.000-\$54.999 <input type="checkbox"/> en \$55.000-\$59.000 <input type="checkbox"/> \$60.000-\$64.999 <input type="checkbox"/> \$65.000-\$69.999 <input type="checkbox"/> en \$70.000		
Número de personas en su hogar:	Condado:	Nacionalidad y país de niño de origen:
Estado de la comida: <input type="checkbox"/> gratis <input type="checkbox"/> reducido sueldo <input type="checkbox"/> completo		

LANZAMIENTO DE AUTORIZACIÓN DE FOTO/VIDEO
<p><input type="checkbox"/> Sí, doy los Nebraskenses de Reforma Cívica el derecho y permiso para usar fotografías o videos de mi hijo o aquellos en los que se incluye como un grupo y obras de arte. Por la presente liberación y descarga los nebraskenses cívica reforma de cualquiera y todas las reclamaciones y demandas resultantes de o relacionados con el uso de las fotografías y/o videos, incluyendo cualquier y todo reclamo por difamación e invasión de la privacidad. Esta autorización y liberación redundará en beneficio de los representantes legales, licencias y cesionarios de los Nebraskenses de Reforma Cívica así como la persona o personas para quienes tomaron las fotografías o videos. Represento que soy el padre/tutor del niño mencionado y consentimiento para lo anterior en su nombre.</p> <p><input type="checkbox"/> NO, los nebraskenses reforma cívica no tienen la autorización para utilizar fotografías o video de mi hijo.</p> <p>Firma del padre/tutor Fecha ____: ____</p>

COMUNICADO DE AUTORIZACIÓN DE REGISTROS DE INMUNIZACIÓN

Sí, autorizo a la escuela de mi hijo para liberar a los nebraskenses reforma cívica una copia de vacunación más reciente de mi hijo o registros físicos.

NO, no autorizo a la escuela de mi hijo para liberar vacunas y registros físicos de los nebraskenses reforma cívica.

Firma del padre/tutor Fecha ____: ____

LIBERACIÓN DEL TRANSPORTE

Yo a recoger a mi hijo desde el programa a la hora designada cada día.

Concedo mi permiso de niño para ir a casa andando desde el programa al final del día.

Concedo mi permiso de niño a montar en un autobús escolar (siempre)

Concedo mi permiso de niño para tomar el autobús de la ciudad MAT de ubicación del programa (pasaje pagado por los padres).

Concedo mi permiso de niño para tomar el transporte mediante vehículos niños puede en su caso.

Firma del Padre/Tutor Fecha ____: ____

COMPETENCIA DE NATACIÓN

Mi hijo sabe nadar sin ayuda.

Mi niño puede nadar, pero necesita algo de ayuda (es decir, dispositivos de flotación).

Mi hijo no sabe nadar fácilmente y debe permanecer en el extremo poco profundo. Mi hijo no debe ir a excursiones de la natación.

Firma del Padre/Tutor Fecha ____: ____

PERMISO PARA PARTICIPAR

Entiendo por inscribir a mi hijo en el programa fuera de la escuela, doy permiso para que el niño participe en todas las actividades incluyendo pero no limitado a: ayuda académica y programas recreativos, eventos fuera de las instalaciones, transporte y de todo evento ya sea privado o agencia de siempre, fotografías para utilizar para educación o de la visión pública, encuestas de satisfacción y encuestas de autoevaluación con fines de evaluación de programas y todo otro programa de actividades que consideramos vitales para la seguridad, desarrollo de habilidades de la vida académica y personal de los niños.

Firma del Padre/Tutor Fecha ____: ____

ATENCIÓN constante y un comportamiento adecuado

Es mi entendimiento que mi participación en el programa depende de la constante asistencia y adhesión a las pautas de comportamiento, que una copia de la cual he recibido. Se eliminará cualquier participante no cumpla con las directrices de asistencia o las políticas de comportamiento del programa. Volviendo al programa depende de la severidad del retiro, resultados de las conferencias de padres y espacio disponible.

Firma del Padre/Tutor Fecha ____: ____

LESIONES O PÉRDIDA DE BIENES

Entiendo la naturaleza del programa y el riesgo de lesiones o pérdida de bienes asociados a él y liberar los Nebraskenses de Reforma Cívica y organizaciones afiliadas y sus empleados de cualquier reclamo hecho por el estudiante o en nombre del estudiante.

Firma del Padre/Tutor Fecha ____: ____

NECESIDADES ACADÉMICAS

¿Tiene su hijo necesidades académicas especiales?

DOCUMENTACIÓN recibida y proporcionada

He recibido: padres información folleto expectativas y políticas procedimientos y tarifas

He: liberación y autorizaciones registro de los niños registros de inmunización liberación de información de OPS

Firma del Padre/Tutor Fecha ____: ____