



Nebraskans for Civic Reform

Formulario de Inscripción para el programa después de la Escuela

INFORMACIÓN DEL NIÑO (A)

Nombre del niño (a):	Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Grado Actual:	Numero de ID Estudiantil:	Fecha de Inicio: (Ingresado por oficina):
Título XX: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		

INFORMACIÓN DEL LOS PADRES / TUTOR#1

Nombre:	Dirección:	Ciudad/Estado/Código Postal:
Teléfono (móvil):	Teléfono (trabajo):	Teléfono (casa):
Correo electrónico:		
Empleador:	Dirección del empleador:	
Método(s) preferido de contacto: <input type="checkbox"/> Teléfono (trabajo) <input type="checkbox"/> Teléfono (móvil) <input type="checkbox"/> Teléfono (casa) <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Texto		

INFORMACIÓN DEL LOS PADRES/ TUTOR #2

Nombre:	Dirección:	Ciudad/Estado/Código Postal:
Teléfono (móvil):	Teléfono (trabajo):	Teléfono (casa):
Correo electrónico:		
Empleador:	Dirección del empleador:	
Método(s) preferido de contacto: <input type="checkbox"/> Teléfono (trabajo) <input type="checkbox"/> Teléfono (móvil) <input type="checkbox"/> Teléfono (casa) <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Texto		

PERSONA (S) A QUIEN EL NIÑO PUEDE SER LIBERADO POR EL AYUDANTE (SI NINGUNO, POR FAVOR ESCRIBA "NINGUNO")

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

PERSONA (S) QUE TOMARÁ LA RESPONSABILIDAD DEL NIÑO EN CASO DE EMERGENCIA CUANDO EL PADRE / TUTOR NO PUEDE SER CONTACTADO (A)

Nombre #1:	Dirección:	Relación:
Teléfono (móvil):	Teléfono (trabajo):	Teléfono (casa):

Nombre #2:	Dirección:	Relación:
Teléfono (móvil):	Teléfono (trabajo):	Teléfono (casa):

¿ALGUNA ORDEN DE RESTRICCIÓN O DE CUSTODIA QUE IMPLIQUE A SU HIJO QUE NECESITAMOS CONSIDERAR?

--

EMERGENCIAS

Entiendo que si surge una emergencia médica, el personal del programa tomará todas las medidas necesarias para asegurar la seguridad de mi hijo y llamará a un vehículo público de emergencia para ser transportado al centro médico más cercano cuando sea necesario. Entiendo que soy responsable de los gastos de transporte y gastos médicos que se incurran. Firma al final de este formulario.

CONSENTIMIENTO PARA CONTACTO CON EL MÉDICO O EL DENTISTA EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del Médico:	Dirección:	Teléfono:
Nombre del Dentista:	Dirección:	Teléfono:
En caso de que no pueda ser contactado para hacer arreglos, doy mi consentimiento para contactar a la (s) persona (s) mencionada (s). Firma al final.		

INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO Y DECLARACIÓN DE COMPETENCIA

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

--

Preocupaciones especiales (anteojos, aparato del oído, muletas) o cualquier actividad que el niño NO DEBE participar en:

--

Liste cualquier alergia y / o intolerancia a los alimentos, picaduras de insectos o otros factores que resultan en una reacción médica. Por Favor dé instrucciones claras en caso de exposición al factor.

Alergias a los cacahuetes No Sí, comentar:

--

Medicamentos (si alguno):

--

Certifico que la información anterior es correcta según mi mejor conocimiento y he determinado que el Cuidador es competente para dar o aplicar los medicamentos especificados anteriormente a mi hijo si es aplicable. Firma al final de este formulario.

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA (PARA INFORMES ESTADÍSTICOS - TODA LA INFORMACIÓN ES CONSIDERADA CONFIDENCIAL)

Edad actual del niño (a):	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Código Postal del Hogar:
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino		Padres / Guardianes Militares: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco / Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro		

Ingresos del hogar: menos de \$5,000 \$5,000-\$9,999 \$10,000-\$14,999 \$15,000-\$19,999 \$20,000-\$24,999 \$25,000-\$29,999
 \$30,000-\$34,999 \$35,000-\$39,999 \$40,000-\$44,999 \$45,000-\$49,999 \$50,000-\$54,999 over \$55,000-\$59,000
 \$60,000-\$64,999 \$65,000-\$69,999 mas de \$70,000

Número de personas en su hogar:

Condado:

Nacionalidad del niño(a) / País de origen:

Estado de alimentos: Gratis Reducido Pago completo

LIBERACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE FOTOGRAFÍA / VIDEO

Sí, le doy a Nebraskans for Civic Reform el derecho y el permiso para usar fotografías y / o videos de mi hijo (a) o aquellos en los que pueden ser incluidos como grupo, y obras de arte. Por la presente, libero y descargo a Nebraskans for Civic Reform de cualquier reclamación y demanda derivada o relacionada con el uso de las fotografías y / o videos, incluyendo cualquier reclamación por difamación o invasión de privacidad. Esta autorización y liberación se hará en beneficio de los representantes legales, licencias y asignaciones de Nebraskans for Civic Reform, así como la persona o personas para las cuales tomaron las fotografías y / o videos. Yo represento que soy el padre / guardián del niño enumerado arriba y doy mi consentimiento a lo anterior en su nombre.

NO, Nebraskans for Civic Reform no tiene permiso para utilizar fotografías o video de mi hijo.

LIBERACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE REGISTROS DE INMUNIZACIÓN

Sí, autorizo a la escuela de mi hijo (a) a entregar a Nebraskans for Civic Reform una copia de la inmunización más reciente de mi hijo (a) y / o registros físicos.

NO, no autorizo a la escuela de mi hijo (a) a liberar la inmunización y / o registros físicos a Nebraskans for Civic Reform.

LIBERACIÓN DE TRANSPORTE

Voy a recoger a mi hijo (a) del programa a la hora designada cada día.

Le doy permiso a mi hijo (a) para caminar a casa desde el lugar del programa al final del día.

Le doy a mi hijo (a) permiso para montar en un autobús escolar (si se proporciona).

Le doy permiso a mi hijo (a) para tomar el autobús de la ciudad MAT de la ubicación del programa (tarifa del autobús pagada por los padres).

Le doy permiso a mi hijo (a) de salir del local bajo la supervisión del personal de CLC.

CAPACIDAD DE NATACIÓN

Mi hijo puede nadar sin ayuda.

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

Mi hijo no puede nadar fácilmente y debe permanecer en la parte poco profunda. Mi hijo no debe ir a los viajes de natación.

PERMISO PARA PARTICIPAR

Entiendo que al inscribir a mi hijo (a) en el programa después de la escuela, doy permiso para que el niño (a) participe en todas las actividades, incluyendo pero no limitado a: asistencia académica y programas recreativos, eventos y actividades fuera del sitio, transporte hacia y desde todos eventos privados o de agencia, incluyendo viajes para peatones, fotografías para ser usadas para educación o para ver el público, encuestas de satisfacción y encuestas de autoevaluación con el propósito de evaluación del programa y todas las otras actividades del programa que consideramos vitales para la seguridad, desarrollo de habilidades de los niños. Firma al final.

ASISTENCIA CONSTANTE Y COMPORTAMIENTO APROPIADO

Entiendo que la participación de mi hijo (a) en el programa depende de la asistencia constante y a las políticas de comportamiento, una copia de la cual he recibido. Cualquier participante que no esté de acuerdo con las reglas de asistencia o las políticas de comportamiento será removido del programa. El regreso al programa depende de la gravedad de la expulsión, los resultados de las conferencias de padres / tutores y el espacio disponible. Firma al final.

LESIONES O PÉRDIDAS DE PROPIEDAD

Entiendo la naturaleza del programa y el riesgo de lesión o pérdida de propiedad asociada con él y liberó a Nebraskans for Civic Reform y organizaciones afiliadas y sus empleados de cualquier reclamación hecha por el estudiante o en nombre del estudiante. Firma al final.

NECESIDADES ACADÉMICAS

¿Su hijo tiene alguna necesidad académica especial?

DOCUMENTACIÓN RECIBIDA Y SUMINISTRADA

He recibido: Folleto informativo de los padres Expectativas y Políticas Procedimientos y Tarifas

He proporcionado: Liberación y autorizaciones Registros de su hijo (a) Registros de inmunización OPS Publicación de Información

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____