

# WILLIAMS HIGH SCHOOL

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE EMERGENCIA PARA EL AÑO ESCOLAR 2023-2024

Complete LEGIBLEMENTE la información a continuación en tinta negra o azul para asegurarse de que nuestros registros estén actualizados.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ SAIS ID #: \_\_\_\_\_  
Uso oficial

Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ Número celular del estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección de la Casa: \_\_\_\_\_  
Número de la Casa y Nombre de la Calle Número de Apartamento  
Ciudad Estado Código Postal

Dirección de Correo (si es diferente de arriba): \_\_\_\_\_  
Domicilio  
Ciudad Estado Código Postal

Padre o Guardian 1 (debe residir con el estudiante): Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Día Casa Móvil Trabajo | SMS (mensajes de texto)

Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Día Casa Móvil Trabajo | SMS (mensajes de texto)

Tiene custodia Vive con Recolección de la escuela  Recibir comunicación oficial de la escuela (llamadas, apartado Postal)

Padre o Guardian 2: Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Día Casa Móvil Trabajo | SMS (mensajes de texto)

Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Día Casa Móvil Trabajo | SMS (mensajes de texto)

Tiene custodia Vive con Recolección de la escuela  Recibir comunicación oficial de la escuela (llamadas, apartado Postal)

*Indique los nombres de familiares o amigos, en el área local, que asumirán la responsabilidad de su hijo en caso de que no pueda comunicarse con usted en caso de enfermedad o emergencia. SU HIJO NO SERÁ LIBERADO A NINGUNA OTRA PERSONA SIN SU PERMISO ESCRITO. Notifique a estas personas sobre estos arreglos. En caso de cambios, notifique a la escuela por escrito.*

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

3. Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

4. Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

5. Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Por favor marque Sí o No:

SI NO

Doy mi permiso para que el Distrito Escolar Unificado de Williams brinde tratamiento médico de emergencia a mi hijo.

Doy permiso para que mi hijo sea transportado por cualquier medio necesario según lo determine el Distrito al centro más cercano instalación médica de emergencia para tratamiento.

Doy mi consentimiento para la prestación de los servicios médicos para mi hijo que se consideren necesarios, en opinión de mi médico de familia o el médico que presta dichos servicios.

En un esfuerzo por proporcionar los mejores servicios posibles, el Distrito ha sido aprobado como proveedor de Medicaid en la Escuela Pública. Si usted es niño está actualmente cubierto bajo el programa AHCCCS (o debe estar cubierto en el futuro), el Distrito podrá obtener un reembolso parcial por proporcionar servicio relacionado con la salud a su hijo. Doy mi permiso para que esta información sea divulgada a AHCCCS para fines de facturación. (Puede revocar este permiso en cualquier momento.)

 Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## Departamento de Educación de Arizona Formulario de Documentación de Residencia en Arizona

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Nombre de Escuela \_\_\_\_\_

Distrito Escolar o Escuela Chárter \_\_\_\_\_

Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_

Como el padre del estudiante o representante legal, doy fe de que soy residente del estado de Arizona y presento como prueba de esta declaración copia del siguiente documento que muestre mi nombre y la dirección residencial o la descripción física de la propiedad donde reside el estudiante:

- \_\_\_ Licencia de conducir válida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- \_\_\_ Tarjeta vigente del Programa de Confidencialidad de Dirección de Arizona.
- \_\_\_ Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- \_\_\_ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- \_\_\_ Contrato de renta de casa/residencia
- \_\_\_ Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas. Cable de TV, o teléfono
- \_\_\_ Factura de tarjeta de crédito o de banco
- \_\_\_ Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- \_\_\_ Talón del cheque de paga
- \_\_\_ Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona.
- \_\_\_ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.
- \_\_\_ Tarjeta de identificación consular emitida por un gobierno extranjero como forma válida de identificación si el gobierno extranjero utiliza técnicas de verificación biométrica al emitir la tarjeta de identificación consular.
- \_\_\_ Actualmente no puedo proporcionar ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he proveído una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que da fe de que he establecido residencia en Arizona con la persona que firma esta declaración.
- \_\_\_ Instalación temporal de alojamiento en la base (para familias militares)
- \_\_\_ La prueba de residencia proporcionada anteriormente sigue siendo precisa.



\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Custodio legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\* Para los miembros de las fuerzas armadas, la aportación de documentación verificable no sirve como declaración de residencia oficial para el impuesto sobre la renta u otros fines legales. Los miembros del servicio armado pueden utilizar un centro de alojamiento temporal en la base como dirección para la prueba de residencia.

**Williams Unified School District #2**  
**SERVICIOS ESPECIALES 2023-2024**

El Departamento de Servicios Especiales proporciona servicios educativos de calidad a los estudiantes con discapacidades educativas y necesidades especiales. Los servicios están diseñados para proporcionar aprendizaje en el “entorno menos restrictivo” e incluyen una variedad de opciones de colocación, como colocación regular en clase con apoyo, programas independientes y colocaciones especializadas.

Los servicios especializados y las colocaciones están disponibles para los estudiantes para satisfacer sus necesidades individuales. Las ofertas del programa se evalúan continuamente para satisfacer las necesidades cambiantes de los estudiantes. Se proporcionan programas y servicios para facilitar la inclusión en el aula de educación general en la mayor medida posible.

Complete la siguiente información, responda las preguntas relacionadas con su hijo, signo y fecha.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su hijo.

1. ¿Ha sido su hijo matriculado en los siguientes programas?

- Educación Especial  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿qué áreas:  lectura  matemáticas  lenguaje  comportamiento escrita
- Terapia del Habla / Lenguaje  Sí  No
- Título I/Chapter 1 Lectura y / o Matemáticas  Sí  No
- Lectura de programa de apoyo  Sí  No  
En caso afirmativo, nombre del programa \_\_\_\_\_
- Programa de Dotados  Sí  No
- Aprendices del Idioma Inglés  Sí  No
- 504/IEP  Sí  No

1. Se necesita una evaluación anual para la educación especial, indique si desea que su hijo sea examinado internamente para cualquiera de los siguientes:

- Oído  Sí  No
- Visión  Sí  No

Comuníquese con el Departamento de Servicios Especiales al (928) 635-4473 ext. 316 si tiene preguntas o inquietudes.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## WILLIAMS UNIFIED SCHOOL DISTRICT #2

SUPERINTENDENT  
Eric Evans

636 S. 7<sup>th</sup> STREET P.O. BOX 427  
WILLIAMS, ARIZONA 86046  
TEL: (928) 635-4473 FAX: (928) 635-4767

BOARD OF EDUCATION  
John Romero, President  
Carla Dent, Vice President  
Steve Auld  
Leah Payne  
Julia Pearson

### Lista de Cuotas 2023-2024

#### Williams Elementary-Middle School

- Cuota para Actividad Estudiantil \$ 10.00 por estudiante por año  
\$ 20.00 máximo por familia
- Cuota para Actividad de la Banda \$ 10.00 por estudiante por año
- Cuota para Instrumentos del Distrito \$ 10.00 por estudiante por año
- Cuota Deportiva - Estudiante En Línea \$ 150.00 por atleta por semestre\*

#### Williams High School

- Cuota para Actividad Estudiantil \$ 30.00 por estudiante por año  
\$ 60.00 máximo por familia
- Cuota para Actividad de la Banda \$ 10.00 por estudiante por año
- Cuota para Instrumentos del Distrito \$ 10.00 por estudiante por año
- Cuotas Deportiva para Estudiantes \$ 25.00 por deporte;  
\$ 50.00 máximo por atleta  
\$ 100.00 máximo por familia
- Cuota Deportiva - Estudiante En Línea \$ 150.00 por atleta por semestre\*

#### Notas:

- *Las cuotas para Actividades Estudiantiles se utilizan para comprar materiales de clase, premios para los estudiantes y prendas para beneficiar a los estudiantes y fomentar el orgullo escolar. Las cuotas también se pueden utilizar para viajes, programas y asambleas educativos.*
- *La cuota para Actividad de la Banda es para la compra de material de instrucciones personales.*
- *La cuota para Instrumentos del Distrito para desinfectar los instrumentos prestados del Distrito. Solo se aplica si se usa un instrumento del Distrito.*
- *Las cuotas Deportivas para Estudiantes se utilizan para comprar uniformes, equipo, pagar a los árbitros, viajes y otras necesidades deportivas en beneficio de los atletas.*
- *\* Cuota de participación en atletismo de WUSD para estudiantes en los grados 6-12 que asisten a una escuela pública autónoma en línea de Arizona y que residen en los límites del distrito escolar de WUSD.*
- *La cuota para Actividad Estudiantil se destinará a la elegibilidad del crédito fiscal.*
- *Los directores pueden dispensar cualquiera o todas las cuotas basado en las dificultades o necesidades del estudiante.*

# INFORMACIÓN PARA LOS PADRES



## SI SU FAMILIA VIVE EN CUALQUIERA DE LAS SITUACIONES SIGUIENTES:

En un albergue



En un motel o un sitio para acampar debido a la falta de una alternativa adecuada



En un auto, un parque, un edificio abandonado, o una estación de trenes o de autobuses



Compartiendo la vivienda de otras personas debido a la pérdida de su casa  
o a una dificultad económica

*Sus hijos de edad escolar podrían calificar para recibir ciertos derechos y protecciones bajo la ley federal McKinney-Vento.*

### Sus hijos elegibles tienen derecho a:

- Recibir una educación pública gratuita y apropiada.
- Inscribirse en la escuela inmediatamente, aunque falten documentos normalmente requeridos para la inscripción.
- Inscribirse y asistir a clases mientras que la escuela obtiene los documentos necesarios.
- Inscribirse en la escuela local; o continuar asistiendo a la escuela de origen (la escuela a la cual su hijo asistió cuando tenía una residencia permanente, o la última escuela en la cual estaba inscrito), si esto es su preferencia.

\* Si el distrito escolar cree que la escuela escogida por usted no es la mejor para sus hijos, el distrito tiene que darle a usted una explicación escrita de su posición e informarle de su derecho de apelar su decisión.

- Recibir transporte a/de la escuela de origen, si usted lo pide.
- Recibir servicios educacionales comparables a los que están provistos para otros estudiantes, según las necesidades de sus hijos.

*Si usted cree que sus hijos podrían ser elegibles, contacte al oficial para la educación de los niños y jóvenes sin hogar de su distrito escolar para averiguar los servicios y ayudas que podrían estar disponibles. También puede haber apoyo disponible para sus hijos de edad preescolar.*



Oficial para la educación de los niños y jóvenes sin hogar

Andrew Wollman  
928-635-4428  
awollman@wusd2.org

Coordinador estatal

Silvia Chavez  
602-542-4963  
silvia.chavez@azed.gov

Si usted necesita ayuda adicional con las necesidades educacionales de sus hijos, contacte al Centro Nacional de Educación para los Niños y Jóvenes sin Hogar:  
1-800-308-2145 \* [homeless@serve.org](mailto:homeless@serve.org) \* <http://nche.ed.gov>



## Cuestionario de Residencia de Estudiantes

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Por favor enumere todos sus otros hijos en edades preescolares y escolares, que viven con usted.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

La información proporcionada en este formulario es confidencial.

### ¿Vive su hijo en alguna de las siguientes situaciones?

- Comparte la vivienda con otras personas debido a: (marque uno)
  - Perdida de vivienda, dificultad económica o una razón similar (por ejemplo: desalojo de la casa, etc)
  - Compartiendo vivienda a largo plazo para ahorrar dinero o alguna razón similar
  - Otro (favor explicar): \_\_\_\_\_
- En un motel, hotel, campamento o algún lugar similar
- En albergues de emergencia o de paso, tales como: albergues para personas que han sufrido violencia doméstica, albergues para personas sin hogar o viviendas de paso a través.
- Tiene una residencia nocturna primaria que no está diseñada para uso regular como alojamiento para personas.
- En carros, parques, espacios públicos, edificios abandonadas, viviendo de baja calidad, estaciones de bus o tren o algún sitio similar
- En nuestra casa, apartamento, condominio etc.
- Otro (favor explicar): \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_ Ciudad y código postal: \_\_\_\_\_

He recibido una copia de los derechos de McKinney-Vento (en la página siguiente)



**Firma del padre/guardián**

**Fecha**

Los estudiantes que viven en alguna situación de vivienda de paso, pueden calificar como personas sin hogar. La elegibilidad es determinada por el enlace para estudiantes sin hogar y debe ser renovado cada año.

**Para uso exclusive de la oficina**  
Family added to McKinney-Vento Program

Yes Homeless Liaison Signature: \_\_\_\_\_

No Date: \_\_\_\_\_

**Williams Unified School District #2  
2023-2024 MEDICAL INFORMATION FORM**

Student Name: \_\_\_\_\_ Last Name First Name Middle Name DOB: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Please indicate, in the space below, any allergy or medical concern which may affect the treatment of your child.  
If a question does not apply, please fill in the blank with "N/A" or Not Applicable".

Medical concerns: \_\_\_\_\_

Allergies to medication: \_\_\_\_\_

Other allergies: \_\_\_\_\_

Medication(s) currently taking either at home or at school: \_\_\_\_\_

***All other medication must be supplied by the parent in the original container with written instructions and given to the office.  
No student is permitted to carry any medications on them at any time.***

Has your child had any of the following?

ADD/ADHS	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Asthma	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Chest Problems	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Convulsions	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Ear Infections	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Ear Tubes	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Frequent Sore Throat	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Heart Condition	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Kidney Disease	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Orthopedic Problems	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Urinary Disease	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Other: _____			

Are there any restrictions for your child in physical education or other physical activities? Yes No If yes, please provide documentation.

Family Doctor: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

**MEDICATION INFORMATION**

Please indicate if any of the following medication may be administered to your child.

Acetaminophen/Tylenol	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Allergy Medication/Benadryl	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Antacid	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Antibiotic Ointment	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Bactine Antiseptic	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Burn Cream	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Calamine Lotion	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Cold Medicine	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Cough Drop	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Eye Drops	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Eye Wash	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hydrogen Peroxide	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Ibuprofen/Advil	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Lip Balm	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Orajel/Anbesol	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Pepto Bismol	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Sunscreen	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Vaseline (Petroleum Jelly)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Midol	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Not Applicable	

**MEDICAL SCREENINGS**

Please indicate whether if you would like to have your child screened for any of the following:

Hearing Yes No Vision Yes No

Please check Yes or No:

YES	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>I give my permission for the Williams Unified School District to provide emergency medical treatment for my child.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>I give permission for my child to be transported by whatever means necessary as determined by the District to the nearest emergency medical facility for treatment.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>I give my consent to the rendering of such medical services for my child as shall be deemed necessary, in the opinion of my family doctor or the doctor rendering such services.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>In an effort to provide the best services possible, the District has been approved as a provider for Medicaid in the Public Schools. If your child is currently covered under the AHCCCS program or should become covered in the future. The District will be able to obtain partial reimbursement for providing health-related service to your child. I give my permission for this information to be released to AHCCCS for billing purposes. (You may revoke this permission at any time.)</i>

**Parent/Guardian Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Williams Unified School District #2**  
**FORMULARIO DE TRANSPORTE 2023-2024**

En un esfuerzo para mantener información precisa de transporte estudiantil, favor de proporcionar información detallada acerca de cómo su estudiante va ir a y volver de la escuela diariamente.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Dirección del Hogar: \_\_\_\_\_

Calles de Intersección: \_\_\_\_\_

Por la mañana, mi(s) estudiante(s) deberá(n):

- Caminar a la Escuela
- Area de Descarga para Padres
- Viajará en Autobús a la Escuela

Si viajará en el autobús ¿cuál subdivisión y calles de intersección?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Después de la escuela, mi(s) estudiante(s) deberá(n):

- Caminar a (casa, abuela) \_\_\_\_\_ M T W Th
- Será Recogido por sus Padres \_\_\_\_\_ M T W Th
- Viajará en Autobús a (casa, abuela) \_\_\_\_\_ M T W Th

Si viajará en el autobús ¿cuál subdivisión y calles de intersección?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En el caso de que su estudiante pierda su parada de autobús, quien debe ser contactado?

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

En el caso de que la persona mencionada anteriormente no pueda ser localizada, favor proporcione el nombre y el número de teléfono de una persona que pueda recoger a su hijo(a).

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**NOTAS IMPORTANTES:**

- ◆ *Para la seguridad del niño, **NO** se recomienda cambiar la rutina de transporte. En una situación única, se puede hacer un cambio. Es responsabilidad de los padres de informar al maestro del estudiante o a la oficina de cualquier cambio en la rutina diaria antes de la **12 pm** del estudiante por teléfono o por escrito . Si no se reciben cambios, el personal operará bajo el plan original.*
- ◆ *Viajar en autobús es un privilegio, no un derecho. Los estudiantes deben ser respetuosos y seguir las instrucciones. Los estudiantes que no sigan las instrucciones pueden ser suspendidos de viajar en el autobús.*
- ◆ *Todos los estudiantes que viajan en el autobús escolar deben tener este formulario archivado.*

 Firma de Padres/Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



**Williams Unified School District #2**  
**TRANSPORTE DE ESTUDIANTES DE PREESCOLAR / KINDERGARTEN 2023-2024**

Debe haber un padre o una persona responsable designada por escrito por el padre o tutor en la parada del autobús para recibir el autobús para todos los estudiantes de kindergarten. Los hermanos o amigos de 1er grado en adelante son escoltas aceptables si el padre o tutor ha hecho esa designación por escrito y proporciona la carta al conductor. Si una parte responsable no está en la parada del autobús, el estudiante regresará a la escuela. Pedimos disculpas de antemano por cualquier inconveniente que esto pueda ocasionar. En los casos en que haya numerosos incidentes de tener que devolver al estudiante a la escuela, puede resultar en la negación del privilegio de viajar en autobús del estudiante durante 5 días.

**AUTORIZACIÓN DE ACOMPAÑANTES PARA PREESCOLAR / KINDERGARTEN**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Número de la ruta de autobus: \_\_\_\_\_

La (s) siguiente (s) persona (s) están autorizadas a recibir el autobús y escoltar al estudiante de kindergarten arriba mencionado hacia y desde la parada del autobús cuando no esté disponible. Un estudiante puede ser escoltado si es de primer grado o superior.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Si la (s) persona (s) autorizada (s) no está en la parada del autobús, el estudiante regresará a la escuela.

Numero de Teléfono de los Padres/Guardián: \_\_\_\_\_

Póngase en contacto con el Departamento de Transporte al (928) 635-4473 ext. 315 si tiene preguntas o preocupaciones.



Firma de Padres/Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



# WEMS 21<sup>st</sup> CCLC FALCON FLYERS INSCRIPCIÓN

El programa es establecer o ampliar una amplia gama de servicios en centros de aprendizaje comunitario para estudiantes durante horas o períodos no escolares cuando la escuela no está en sesión. Complete el formulario completamente para que el estudiante participe.

**POR FAVOR IMPRIMA Y USE EL NOMBRE DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO LEGAL**

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Grado del estudiante / Maestro: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre(s) de los padres/tutor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ M/C/T \_\_\_\_\_ M/C/T

Correo electrónico(s): \_\_\_\_\_

Contactos de emergencia (Si el padre/tutor no puede ser contactado en una emergencia o si el estudiante está ausente sin excusa).

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Información médica (Marque todo lo que corresponda):

- Inhalador (se debe completar un formulario adicional)
- EpiPen (se debe completar un formulario adicional)
- Alergia
- Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(completa página 2)*

**INFORMACION PARA RECOGER AL ESTUDIANTE DESPUÉS DEL PROGRAMA:**

Mi hijo puede caminar a casa          Si  No

Mi hijo será recogido                      Si  No

Otras personas autorizadas para recoger a mi hijo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Si está disponible, mi hijo viajará en el autobús de actividades          Si  No

Parada de autobús más cercana o cruce de calles: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL VOLUNTARIO:**

Muchas manos hacen para el trabajo ligero! Animamos a las familias de los participantes de Falcon Flyers a que se ofrezcan como voluntarios para el programa ayudando con nuestro período de ayuda para las tareas, donando suministros u ofreciéndose a enseñar una clase.

- Me gustaría ser voluntario para el período de ayuda con la tarea de Falcon Flyers (1 día al mes).
- Me gustaría donar suministros / equipos al programa.
- Me gustaría enseñar una clase a estudiantes o adultos para los Falcon Flyers.

Tema: \_\_\_\_\_

*Los voluntarios de Falcon Flyers deben completar un paquete de voluntarios del distrito, disponible en la oficina principal.*

**FOTOGRAFÍA:**

Mi estudiante puede ser fotografiado en el programa con fines de marketing.          Si  No

**NOTAS PARA LOS PADRES/TUTORES (CASILLA PARA MOSTRAR SU CONSENTIMIENTO):**

- Falcon Flyers termina puntualmente a las 6:00 pm. Los padres que llegan tarde constantemente tendrán a su hijo retirado del programa.
- Todos los estudiantes registrados en Falcon Flyers seguirán el conducta de estudiante (consulte el manual del estudiante en wusd2.org). Los estudiantes que violen el código de conducta escolar pueden ser removidos del programa.
- El Falcon Flyers ofrece bocadillos gratis. Los estudiantes pueden comer gratis o traer un bocadillo de casa. (Es posible que Falcon Flyers no pueda satisfacer las necesidades o restricciones dietéticas).

**Firma de padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_