

Escuela \_\_\_\_\_

Grado en 2019-2020 \_\_\_\_\_



**FORMA de INSCRIPCIÓN de CASP – PROGAMA de VERANO VIRTUAL 2020**

Se espera que el estudiante participe cada día del programa,  
3 de junio al 18 de junio del 2020, lunes-jueves 12:00p.m.- 4:00p.m.

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)

Nombre Legal del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Numero y Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección Postal del Estudiante: \_\_\_\_\_  
P.O BOX Ciudad Estado Código Postal

Padre/Guardián	Teléfono Celular	Teléfono del Trabajo	Dirección de Correo Electrónico
<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Legal Guardian	( )	( )	
<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Legal Guardian	( )	( )	

**Información de Contacto Autorizada – puede comunicarse por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico (el contacto debe ser mayor de 16 años)**

\_\_\_\_ Inicialmente Aquí SOLO las personas nombradas a continuación están autorizadas para ser contactadas con respeto a mi hijo/a. En caso de que no pueda ser contactado en caso de emergencia, doy mi consentimiento para que el Programa de Despues de Escuela CHOICES se comunique con estas personas. Se REQUIRE permiso por escrito si una persona autorizada que no sea la que figura a continuación cambia.

Nombre	Teléfono Celular	Relación	Dirección de Correo Electrónico
	( )		
	( )		
	( )		
	( )		

**Autorización Para los Medios de Comunicación**

Los logros de los estudiantes pueden llamar la atención de los periódicos, de las estaciones de la televisión, o de otros medios que visitan nuestro programa para fotografiar, filmar en video, y/o entrevistar a los estudiantes y al personal durante actividades. A menudo nosotros utilizamos fotografías de nuestros estudiantes en las publicaciones de la Oficina de Educación del Condado de Tulare y/o para transmitir las como publicidad, y en nuestra página de la red mundial. Para nuestra protección y la privacidad de su hija/o, necesitamos saber su preferencia para fotografiar a su hija/o, lo filmen, o sea entrevistado por los medios de noticias o por la Oficina de Educación del Condado de Tulare para transmitir esta información como publicidad. Ninguna información personal de su hija/o será publicada.

Inicialmente una de las siguientes afirmaciones:

\_\_\_\_ YO AUTORIZO que a mi hija/o sea fotografiada/o, filmada/o, o entrevistada/o. Yo también doy permiso para que la Oficina de Educación del Condado de Tulare utilice las fotografías de mi hija/o o sus palabras para transmitir las como publicación y/o en las páginas del internet.

\_\_\_\_ YO NO AUTORIZO para que mi niña/o aparezca en diversas formas de medios de comunicación.

**SITE LEAD USE ONLY**

Application Received: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Time: \_\_\_\_\_ Reviewed by: \_\_\_\_\_  
First Day in SUMMER Program 2020: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Student I.D. # \_\_\_\_\_  
Photo Release:  YES  NO  
Enrolled in CHOICES (2019 – 2020)  YES  NO

## Otra Información

- SI  NO ¿Su hija/o tiene un plan de IEP, Plan 504, y/o Care Plan? \*  
Sí es que SÍ, por favor especifique: \_\_\_\_\_
- Al indicar que SÍ, le solicitamos que proporcione una copia de los documentos relevantes.  
\*Esta información puede ayudarnos a determinar la mejor manera de satisfacer las necesidades de su hija/o.
- SI  NO ¿Sí no puede ser localizada/o, usted autoriza que su hija/o sea transportada/o por ambulancia a un centro médico, a su costo, para tratamiento médico?

## Acuerdo del Programa

1. **MATRÍCULA y INFORMACIÓN MÉDICA:** Después de recibir el formulario completo, el Líder del sitio se comunicará con el padre/guardián para informarle la fecha en que comenzará su hija/o en el programa. Como la escuela no puede compartir esta información con CHOICES, es la responsabilidad del padre/guardián de notificar el Líder del sitio de cualquier cambio a la información médica, mientras que el estudiante asista a CHOICES.
2. **CONDUCTA:** Los estudiantes se les espera y se les enseña que se comporten en una manera cuidadosa, con respeto, y responsable hacia los otros estudiantes, personal de CHOICES y la propiedad de la escuela todos los días. Estudiantes que elijan no seguir estos términos pueden ser despedidos del programa.
3. **PÓLIZA de RESPONSABILIDAD LEGAL:** CHOICES es un programa voluntario y no es responsable por pagar los gastos que puedan surgir por causa de lesiones. CHOICES no es responsable de reemplazar artículos personales que pudieran dañarse o perderse durante las actividades del programa.
4. **APOYO de LOS PADRES:** La colaboración es un factor importante en el aprendizaje de cada niño. El/La Líder del sitio anunciará oportunidades por lo que los padres/tutores pueden ofrecer apoyo (ejemplo: eventos especiales, viajes de estudio). Por favor contacte nuestra oficina a (559) 651-0155 con preguntas de la Póliza del Programa para Voluntarios. El dar un buen ejemplo de comunicación positiva con el personal de después de escuela, diariamente, es otra manera efectiva para apoyar al programa.
5. **PROGRAMA VIRTUAL:** Yo, padre/guardian doy mi consentimiento para que mi hijo participe en este program virtual de verano. Entiendo que el personal de CASP interactuará/podrá interactuar con mi estudiante a través de plataformas grupales en línea como ZOOM, CLASS Dojo, Google Platforms, llamada telefónica, correo electrónico de padres/estudiantes, etc.

Iniciale: \_\_\_\_\_

Por la presente YO libero, indemnizo y acepto defender y mantener inofensivo al Superintendente de las Escuelas del Condado de Tulare, la Mesa Directiva del Condado de Tulare, la Oficina de Educación del Condado de Tulare (TCOE), y sus empleados, oficiales, agentes, voluntarios, los candidatos, designados, sucesores o otros para los cuales están actuando, de alguna y toda responsabilidad de cualquier clase o naturaleza en virtud de mi, y/o mi niña/o, participación en el Programa de Después de Escuela CHOICES, y de y contra cualquier responsabilidad, reclamación, acción, costos, daños o pérdidas de cualquier tipo, incluyendo la muerte o lesiones a cualquier persona y/o daños a la propiedad, incluyendo propiedad de TCOE, derivados de, o en conexión con mi y/o mi niña/o participación en el Programa de Después de Escuela CHOICES, o mis y/o mi niña/o errores o omisiones en completando este formulario de inscripción.

He leído y entendido los términos previstos en este formulario de inscripción. Yo verifico que la información proporcionada es completa y precisa hasta donde tengo conocimiento. Si tengo algunas dudas o preguntas sobre el programa, que no fue abordado en esta forma, yo entiendo que es mi responsabilidad de ponerme en contacto con el Programa de Después de Escuela CHOICES.

X

Firma de Padre/Guardián

Escriba en Molde

Fecha