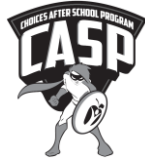


School Site \_\_\_\_\_

Grade in 2020-2021 \_\_\_\_\_



**FORMA de INSCRIPCIÓN 2020 – 2021 de CASP**

Se espera del estudiante que asista al programa EL DIA COMPLETO del programa CADA DÍA.

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)

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

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

Nombre de Padre(s)/Guardián(es):		Teléfono de día/del Trabajo	Teléfono Celular	
Padre	Legal Guardián	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	-
Padre	Legal Guardián	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	-

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Información Para la Salida**

Ningún estudiante podrá salir del Programa Después de Escuela CHOICES sin la firma del padre/guardián o de una de las personas nombradas en este formulario (tienen que tener por lo menos 16 años de edad). SÓLO los estudiantes de la escuela intermedia pueden firmarse fuera del programa con permiso de los padres/guardiánes.

\_\_\_\_\_ **SOLAMENTE las personas nombradas en la lista abajo tienen mi autorización de firmar para que mi hija/o pueda salir del programa. En caso de que no pueda ser contactada/o en una emergencia, yo doy mi consentimiento al Programa de Después de Escuela CHOICES para que contactar a estas personas.** Es REQUERIDO obtener permiso por escrito sí hay un cambio de personas autorizadas mencionadas abajo.

Nombre	Teléfono	Relación
	( ) ( ) ( )	
	( ) ( ) ( )	
	( ) ( ) ( )	
	( ) ( ) ( )	

**Política Para Estudiantes que Caminan a Casa**

**Los estudiantes NO podrán irse caminando solos a casa. NO HABRÁ EXCEPCIONES.** Cuando el adulto autorizado no pueda recoger el niño/a del programa, padres/guardiánes pueden darle/s a su/s estudiante/s permiso para caminar a casa. Dejaran ir juntos a los caminantes.

**Grados de Primaria (K-5)** Los estudiantes deben ser acompañados por un hermano mayor por lo menos del 4º grado.

*Inicie una de las siguientes afirmaciones:* \_\_\_\_\_ Mi niña/o tiene permiso para caminar a casa y sea firmado por el personal de CHOICES.  
\_\_\_\_\_ Mi niña/o NO tiene permiso para caminar a casa.

**Escuela Intermedia Grados (6-8)**

*Inicie una de las siguientes afirmaciones:* \_\_\_\_\_ Mi niña/o tiene permiso para caminar a casa y ella/él firmase afuera del programa después de obtener permiso del Líder del sitio.  
\_\_\_\_\_ Mi niña/o NO tiene permiso para caminar a casa y ella/él firmase afuera del programa.

**SITE LEAD USE ONLY**

Application Received: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Time: \_\_\_\_\_ Reviewed by: \_\_\_\_\_  
First Day in Program (2020 – 2021): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Date Attended Program Orientation: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Student I.D. # \_\_\_\_\_  
Photo Release: YES NO  
Severe Health Condition: YES NO  
Enrolled in CHOICES (2019 – 2020) YES NO  
Transportation: WALK PICK-UP

## Información Médica y/o de Otro Tipo

Nombre del Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Hospital de su Preferencia: \_\_\_\_\_

### Marque **SÍ** o **NO** para las siguientes preguntas:

SÍ NO Mi niña/o sufre de una condición de salud que podría necesitar cuidados o acción de emergencia. Sí respondió Sí, explique: (por ejemplo: ataques, alergias, diabetes, etc.) \_\_\_\_\_

SÍ NO Mi niña/o necesita una dieta diferente y/o una manera de alimentarse especial. Sí es que Sí, por favor especifique: \_\_\_\_\_

SÍ NO ¿Debe restringirse la actividad física de su hija/o? Sí es que Sí, por favor especifique: \_\_\_\_\_

SÍ NO ¿Su hija/o está tomando algún medicamento actualmente? Sí es que Sí, por favor especifique: \_\_\_\_\_

INICIALE Aquí: \_\_\_\_\_ Reconozco que solo el personal de la escuela del día, y no el personal de CHOICES, puede administrar medicamentos a mi hijo.

SÍ 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.

SÍ 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?

### MEDICAL/PLANS (Screener: If you gave parent/guardian a check off list, please note here)

Check List: \_\_\_\_\_

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

Initials: \_\_\_\_\_  
(Parent/Guardian) (Screener)

## 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.

INICIALE 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.

## **Acuerdo del Programa**

1. **JUNTA de ORIENTACIÓN de PADRES:** Los padres/guardiánes serán requeridos a asistir a una junta de orientación de padres como parte del proceso de inscripción para el programa. Las fechas de las juntas se anunciarán con anticipio.
2. **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.
3. **ASISTENCIA:** Los estudiantes solamente pueden asistir al programa sí asisten a la escuela. Las solicitudes para que un estudiante falte, deben de ser dirigidas a la/el Líder del sitio. Los estudiantes que **tengan (3) ausencias seguidas sin excusa**, o constante salidas tempranas sin excusa, pueden ser despedidos del programa. Todos los estudiantes deben asistir al menos a dos (2) de los tres (3) componentes para mantenerse en buen estado. Para las ausencias/salidas tempranas aprobadas vea la Póliza de Salida Temprana.
4. **DATOS DE ESTUDIANTES y EVALUACIÓN:** Para cumplir con los requisitos de las subvenciones estatales, CHOICES obtiene datos del distrito escolar acerca de la asistencia durante el día de instrucción, actividad de disciplina, estatus de comida con costo reducido o gratis, y de sus calificaciones académicas. Se les puede pedir a los estudiantes que tomen encuestas como parte de nuestro proceso de evaluación.
5. **HORA de SALIDA de LOS ESTUDIANTES:** Durante la salida, los estudiantes **NOMÁS** pueden ser firmados por una de las personas autorizadas en el formulario o el personal de CHOICES. Los estudiantes deberán ser recogidos cada día del programa a tiempo al fin del día. Recogidas tardes pueden resultar en que su estudiante sea despedido del programa. Si no podemos localizarla/o a usted o a un adulto autorizado 30 minutos después del cierre del programa, **llamaremos a la policía para que acompañe a su hija/o a su casa.**
6. **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. Los estudiantes que reciben un tiempo de espera del Programa CHOICES, al regresar, deben tener una reunión de reincorporación con el personal del programa, el estudiante y el padre/guardián.
7. **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 horas del programa.
8. **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.

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 al (559) 651-0155.**

X

Firma de Padre/Guardián

Escriba en Molde

Fecha



## 2020 / 2021 – Póliza de Salida Temprana del Programa

El Programa de Después de Escuela CHOICES es fundado por el Estado de California Después de Escuela Educación y Seguridad (ASES). Como un requisito del financiamiento, se espera que los estudiantes asistan a CHOICES siguiendo cada día regular o mínimo de escuela hasta por lo menos 6:00p.m. Para obtener el beneficio completo del programa, los estudiantes son animados a asistir regularmente hasta por lo menos tres (3) horas y/o 6:00p.m. cada día.

### Condiciones

**El estudiante puede salir temprano del programa antes de cerrar basado en las siguientes condiciones:**

1) Padre/Guardián indica un Código de Salida Temprana Autorizado en la tarjeta de asistencia del estudiante y 2) el Líder del sitio aprueba la salida temprana por firmando la sección apropiada en la tarjeta de asistencia del estudiante.

### Códigos de Salida Temprana Autorizados

#### **ER-1 Asistiendo a un Programa Colaborativo**

- Asistiendo a un programa académico o de enriquecimiento (como Intervención, SES, Deportes, Baile).

#### **ER-2 Necesidades de Transporte**

- **Transporte Limitado-** Padres que tienen que recoger a sus hijos debido a problemas de vehículo o conflictos de horarios que necesita recogerlos antes de 6:00p.m. y/o cierre del sitio.

#### **ER-3 Inquietudes de Seguridad**

- **Cambio de Horario/Condiciones de Clima** (como, fuerte lluvia, neblina, nieve, tormentas) – Niños/as que les han dado permiso por sus padres/guardián de caminar a casa antes de cerrar, o ellos que sus padres/guardián los caminan a casa y los recogen antes de cerrar cuando Horario de Verano está en efecto o las condiciones del clima lo justifica.
- **Otras Consideraciones de Seguridad** – una situación que surge que puede ser evaluada razonablemente por el/la Líder del sitio como un riesgo de seguridad del estudiante.

#### **ER-4 Obligación Familiar**

- **Asuntos de Custodia** – Niños/as que tienen visitas limitadas con un padre y es en el mejor interés de la relación entre la/el hija/o y padre de ser recogida/o antes de cerrar. Documentos de corte deben de ser entregados.
- **Emergencias Familiares** (como, fallecimiento en la familia, incidentes catastróficos)
- **Eventos/Asuntos Familiares** (como, Reuniones Familiares, Ocasiones Especiales, Casa Abierta)

#### **ER-5 Citas de Doctor/Dentista**

#### **ER-6 Mandado a Casa – Lesiones/Enfermedad/Problema de Comportamiento**

- El personal del programa va a notificar al padre/guardian.

#### **ER-7 Otras condiciones iniciadas por la escuela y/o el Consejo Escolar** (como, fuga de gas, corte de electricidad)

- Este código SOLO se aplica cuando las directivas vienen de la Escuela o la Administración del Distrito.

**\*\*\*OTRAS RAZONES DE SALIDA TEMPRANA NO SON AUTORIZADAS \*\*\*** Casos sin autorización o constante inaceptable casos sin autorización de salidas temprana son causas para la evaluación de ser despedido/a del Programa CHOICES.

**Firmando abajo, yo reconozco y comprendo los requisitos de asistencia y la Póliza de Salida Temprana del Programa CHOICES. Yo comprendo que el incumplimiento de la asistencia y las normas de salida temprana puede resultar en que mi estudiante(s) sea/n despedido/s del Programa CHOICES.**

**Nombre del Padre/Guardián** (Escriba en Molde): \_\_\_\_\_ **Nombre de Estudiante:** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Guardián:** X \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*Si tiene preguntas o por una copia de el Código Escolar EC Sección 8483(a)(1), que respalda esta póliza, favor de comunicarse a la oficina del Program de Después de Escuela CHOICES al (559) 651-0155.*