



Forma de Inscripción en el Programa Después de la Escuela



Nombre de la Madre _____ Número Telefónico _____

Nombre del Padre _____ Número Telefónico _____

Número de cel _____ Podemos contactarle por medio de un Mensaje de Texto: Sí _____ No _____

Domicilio _____ Apt. # _____ Ciudad _____ Código Postal _____ Nombre de Apts. _____

Lugar de Empleo de los Padres _____ Correo Electrónico _____

Información de Autorización para Recoger al pequeño y Contacto de Emergencia (personas que no son Padres/Tutores)

Nombre _____ Teléfono: _____

Nombre _____ Teléfono: _____

Acuerdo de Cuota

Estoy de acuerdo de pagar la cuota por el monto de \$ _____ mensual. Entiendo que la cuota debe pagarse el primer viernes de cada mes.

El contrato de Inscripción esboza póliza específica de pago. *Cuota de Inscripción: \$25 no-reembolsable+\$25 de suministros=total \$50

ESTA INFORMACION NO AFECTA NI DETERMINA SU ELEGIBILIDAD EN EL PROGRAMA

1. Cuál es su ingreso anual?

Menos de \$6,000 \$6,000-9,999 \$10,000-14,999 \$15,000-24,999 \$25,000-35,000 Más de \$35,000

2. Cuál estado le aplica? Casado/a Soltero/a Divorciado/a Socio domestic/a Separado/a Viudo/a

3. Si Usted puede proporcionar la prueba de que su hijo es elegible para el almuerzo gratis o reducido (o si Usted califica como una familia de bajos ingresos) Usted puede ser elegible para una beca Gratis y Reducido/ Bajos Ingresos No es Elegible

4. Su (Madre o Padre) lugar de nacimiento? _____

5. Tiene Usted (Madre o Padre) Seguro Médico? Sí No

6. Su nivel más alto de educación completada Primaria Secundaria/Preparatoria Universidad Escuela Técnica

INFORMACION DEL NIÑO/A QUE SERA INSCRITO

Nombre completo del niño/a _____ Masculino/Femenino

Grado _____ **Fecha de Nacimiento** ____/____/____

Fecha de Inicio ____/____/____ **Días de Asistencia:** Lunes-Jueves Lunes-Viernes Solo Viernes

Escuela Primaria: Jeremy Ranch McPolin Parley's Park Trailside **Maestra** _____

Entidad _____ **Primer Lengua** _____ **País de Nacimiento** _____

1. Su hijo/a toma medicamento diario? Sí No

-Si su respuesta es sí, necesita su medicamento mientras esté en el programa? Sí No

2. Por favor escriba cualquier alergia que su hijo/a tenga: _____

3. Tiene su hijo/a algunas restricciones que no le permitan participar en actividades físicas? _____

4. Su hijo/a tiene seguro médico? Privado Medicaid CHIP No

5. Su hijo/a visita al doctor rutinariamente? Sí No

6. Nombre/Número del doctor _____

(Nos pondremos en contacto con ellos o con el 911 en caso de una emergencia, así como contactaremos a los padres y o tutores)

INFORMACION DE INSCRIPCION DEL 2^{Do} NIÑO/A

Nombre completo del niño/a _____ Masculino/Femenino

Grado _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Fecha de Inicio ____/____/____ Días de Asistencia: Lunes-Jueves Lunes-Viernes Solo Viernes

Escuela Primaria: Jeremy Ranch McPolin Parley's Park Trailside Maestra _____

Entidad _____ Primer Lengua _____ País de Nacimiento _____

1. Su hijo/a toma medicamento diario? Sí No

-Si su respuesta es sí, necesita su medicamento mientras esté en el programa? Sí No

2. Por favor escriba cualquier alergia que su hijo/a tenga: _____

3. Tiene su hijo/a algunas restricciones que no le permitan participar en actividades físicas? _____

4. Su hijo/a tiene seguro médico? Privado Medicaid CHIP No

5. Su hijo/a visita al doctor rutinariamente? Sí No

6. Nombre/Número del doctor _____

(Nos pondremos en contacto con ellos o con el 911 en caso de una emergencia, así como contactaremos a los padres y o tutores)

FIRMA DEL PADRE: _____

-Porfavor escriba sus iniciales abajo-

Doy premissa para que mi hijo/a participe en el programa patrocinado por el Distrito Escolar de Park City (PCSD) Holy Cross Ministries (HCM) y Promise Partnership. Doy mi autorización para que los empleados del PCSD y HCM transporten a mi hijo/a a áreas necesarias y actividades en los vehículos de PCSD and HCM . _____ (iniciales)

Doy permiso al director del programa y o a cualquier persona asignada por PCSD y Holy Cross Ministries, para que hablen con los maestros/as consejeros de mi hijo/a referente al progreso en la escuela y también sugerencias para mejorar sus metas académicas y sobre las tareas. _____ (iniciales)

En caso de que mi hijo/a sufra una lesión, enfermedad o accidente durante su participación de actividades en el Programa Después de la Escuela Yo autorizo que se le administren los primeros auxilios si es necesario, cuando no me puedan localizar o que no esté presente . Mi hijo/a tiene seguro médico para cubrir los gastos y asistencia médica si es necesario en caso de emergencia. _____ (iniciales)

Entiendo que el personal dará medicamentos a mi hijo/a únicamente cuando el medicamento esté en su botella original y con receta médica y con el permiso del padre/tutor dentro de la póliza del distrito escolar. _____ (iniciales)

Doy permiso para que mi hijo/a salga en **Video, Audio y Fotografías** para publicidad y propósitos educativos en publicaciones en páginas de internet, medios de comunicación u otros por el PCSD y HCM. Entiendo que el material publicado será propiedad de PCSD y HCM, y yo no tengo derecho a alguna compensación o pago para su uso. _____ (iniciales)

Por este medio libero al Distrito Escolar de Park City y Cross Ministries de cualquier y toda responsabilidad por lesiones, pérdidas, daños u otras reclamaciones derivadas de la ubicación o actividades de los programas educativos. _____ (iniciales)

He recibido una copia del Manual de Padres y yo sé cómo ponerme en comunicación con el director de mi hijo/a en el Programa Después de la Escuela si tengo preguntas . _____ (iniciales)

Sé cómo reportarme con el Programa Después de la Escuela cuando mi hijo/a no asista al mismo, y entiendo que me van a contactar si mi hijo/a falta y no informo al personal de su falta. _____ (iniciales)

***Esta cuota puede ser eliminada si usted califica para el almuerzo gratis o reducido.**

****Cuotas de personas elegibles para almuerzo gratis y reducido serán recaudadas por el personal de Holy Cross Ministries (haga sus cheques a nombre de "Holy Cross Ministries")**