



2018-2019

INSCRIPCIÓN PARA EL

Office use only table with fields: Enrolled Date, Waiting List, Drop Date, Homeroom, Student ID

La inscripción para este programa varía por escuela. Los estudiantes seleccionados para participar en el programa serán inscritos cuando hayan devuelto todas las formas llenas para el programa. Si el programa está lleno en ese momento, los estudiantes se colocarán en una lista de espera.

Por la presente solicito que se le permita a mi hijo/a participar en el siguiente programa de Después de Clases de Fort Worth:

Lugar:
Horario:

Información del estudiante:

Estudiante _____ Mujer ____ Hombre ____ Grado ____
Apellido Nombre Inicial

* Disposiciones de financiación en ciertas escuelas primarias requieren la contratación de sólo estudiantes en el 3-5 grado. Contacte a la escuela para obtener más información.

Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____

Mi niño/a estaba inscrito/a el año pasado en un programa Después de Clases de Fort Worth Sí ____ No ____

Nombre del padre/guardián _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono de la casa () _____ Teléfono del trabajo () _____

Celular () _____ Correo electrónico _____

EN CASO DE EMERGENCIA, cuando no se puedan comunicar con el padre, por favor notifiquen a:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____ Celular _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____ Celular _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____ Celular _____

Permiso de salida:

Mi hijo/a regresará a casa del programa Después de Clases de Fort Worth en la siguiente forma (marque solamente una):

Yo recogeré a mi hijo/a antes o a la hora que éste termine.

Mi hijo/a tiene permiso de firmar su salida e irse por su cuenta. Entiendo que después de esto mi hijo/a no estará bajo la supervisión de FWAS.

Mi hijo/a utilizará el autobús. (NO todos los sitios proveen transporte, revise con el personal del programa)

Mi hijo/a será recogido por otra persona autorizada (se indica a continuación):

Nombre/Parentesco _____ Teléfono: _____ Celular _____

Nombre/Parentesco _____ Teléfono: _____ Celular _____

Faltas repetitivas o recoger al estudiante tarde resultara en la eliminación del estudiante en este programa. El programa se reserva el derecho de pedir una identificación con foto de los adultos indicados en este formulario antes de dejar salir al estudiante.

----- Ver al reverso por favor -----

2018 - 2019

CONSENTIMIENTO DEL PADRE

_____ (Iniciales) **ACUERDO DE PARTICIPACIÓN**

Lo siguiente se ha establecido con la intención de crear un ambiente seguro para todos los participantes:

1. Una vez que un estudiante se inscriba en el programa, después de que salga de la escuela, él o ella no puede salir del sitio del programa, a menos que se haya hecho un arreglo previo con el padre(s)/guardián(es).
2. Los estudiantes deben ser recogidos o se pueden despedir según los términos indicados en el formulario de inscripción del programa. Los estudiantes que no sean recogidos en una manera oportuna mas de 3 veces seran eliminados del programa.
3. Se espera asistencia regular. Frecuentes ausencias sin excusa pueden tener como resultado la suspensión del estudiante del programa para abrir espacio para estudiantes en la lista de espera.
4. Los estudiantes seguirán las expectativas de conducta resumidas en el *Código de Conducta estudiantil* del distrito. El personal tiene el derecho de remover a un estudiante del programa si estas expectativas no son cumplidas.

_____ (Iniciales) **RENUNCIA A RECLAMACIÓN DE RESPONSABILIDADES**

Al ofrecer este programa, el FWISD no renuncia a ninguna inmunidad que le otorga la ley.

Nosotros, los padres/guardianes del niño/a menor susodicho, por la presente liberamos completamente a la ciudad de Fort Worth, al FWISD y a _____ (Proveedor del programa CBO, si aplica), incluyendo pero no limitando al personal del programa, a voluntarios y a cualquier persona asociada con esta organización, de toda responsabilidad de cualquier tipo y de cualquier reclamo, demanda o causa de acción, que quizás se afirme a favor del niño menor en cuestión.

_____ (Iniciales) **CUIDADO DE SALUD NO DISPONIBLE**

Me hago cargo de que no hay enfermera o ayudante de cuidado de salud disponible después de las horas normales de la escuela; por lo tanto entiendo que las medicinas al cuidado de la enfermera de la escuela durante el día no estarán disponibles para mi hijo/a después de la escuela. **Si hay una emergencia médica, se llamará al 911 para responder a la emergencia. El padre o guardián será responsable por todos los gastos relacionados con el cuidado médico en caso de emergencia.**

Favor de indicar alergias o discapacidad, si las hay _____

_____ (Iniciales) **AUTORIZACIÓN DE FOTOS**

_____ (Estudiante) tiene mi permiso para ser fotografiado o grabado por: 1) personal del FWISD, y/o 2) medios de noticias (televisión, periódicos, medios sociales radio y revistas) en conjunto con los programas del FWISD con cualquier propósito lícito sin mi previo aviso. También estoy de acuerdo en liberar de cualquier responsabilidad al FWISD y a sus representantes, de cualquier reclamo o causa de acción directa o indirecta relacionada con la fotografía, grabado en video o audio de mi niño para cualquier propósito lícito, y de renunciar a todo reclamo ya sea monetario o no, que pueda surgir como resultado de cualquier uso lícito de estos materiales. Certifico que soy el padre o guardián legal del individuo susodicho y que estoy autorizado a dar permiso y consentimiento.

_____ (Iniciales) **ASUNTOS DE CUSTODIA / OTRAS PREOCUPACIONES***

Favor de proveer la más reciente documentación legal de restricciones de custodia/visitación. Si esto cambia en el futuro, debe de proveernos con la información más actual. * El programa impondrá estas pautas hasta que se reciba notificación adicional por escrito del padre/guardián.

¿Existen órdenes judiciales que afectan la custodia de este estudiante? Sí (___) No (___)

Si dice sí, favor de indicar quién tiene la custodia durante las horas después de clases.

Nombre del padre _____ Nombre de la madre _____ Otro _____

¿Existen órdenes restrictivas? _____ Nombre: _____ Parentesco _____

_____ (Iniciales) **ESTÁNDARES DE CUIDADO**

Se me ha informado y entiendo que el programa de FWAS no es una guardería de niños y no tiene licencia del estado de Texas.

He leído y entendido las pautas y las secciones indicadas más arriba. Doy mi permiso para que mi hijo/hija participe en el programa Después de Clases de Fort Worth.

Firma del padre/guardián _____

Fecha _____