



Centro de Aprendizaje Comunitario del Siglo 21

2023-24 Forma de Inscripción

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro de aula: _____

1. Información del estudiante (Por favor IMPRIMA el nombre del estudiante exactamente como aparece en el acta de nacimiento)

| | | |
|----------------------------------|----------------------|---|
| Apellido legal: | Primer nombre legal: | Segundo nombre completo: |
| Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY) | # de Matricula: | Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo |

2. Contacto / Información de residencia (para la correspondencia por escrito y las llamadas automatizadas)

| | |
|--|--|
| Su nombre como desea que aparezca en la correspondencia(ejemplo: Sr. Fulano de Tal y Sra.): | Número de teléfono: <input type="checkbox"/> hogar <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> celular () |
| Dirección de correo: | Unidad # Ciudad Código postal |
| Dirección del domicilio del estudiante (escriba IGUAL si es igual que la dirección de correo): | Unidad # Ciudad Código postal |

3. Padres/ Tutores – Deben ser tutores legales –todos los otros deben ser enumerados como contactos de emergencia abajo

| | | | |
|----------------------|---|--|-------------------|
| 1er. contacto | Parentesco: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro tutor legal (por favor especifique) _____ | | |
| | Apellido: | Primer Nombre: | Teléfono en casa: |
| | Dirección (escriba IGUAL si es igual a la dirección del domicilio del estudiante): | | Celular: |
| | Correo electrónico: | ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, ¿que idioma? | |
| 2nd Contact | Parentesco: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro tutor legal (por favor especifique) _____ | | |
| | Apellido: | Primer Nombre: | Teléfono en casa: |
| | Dirección (escriba IGUAL si es igual a la dirección del domicilio del estudiante): | | Celular: |
| | Correo electrónico: | ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, ¿que idioma? | |

4. Contacto de emergencia (Las personas cuidara/ recoger al estudiante si el padre no puede ser alcanzado) - deben ser mayores de 18

| | | | | |
|--|------------------|-------------------------|----------|---|
| Parentesco: <input type="checkbox"/> padraastro/madrastra <input type="checkbox"/> abuelo/a <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> otro _____ | | | | |
| Nombre: | Teléfono en casa | Teléfono en el trabajo: | Celular: | <input type="checkbox"/> ¿Necesita un intérprete? Idioma _____ |
| Parentesco: <input type="checkbox"/> padraastro/madrastra <input type="checkbox"/> abuelo/a <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> otro _____ | | | | |
| Nombre: | Teléfono en casa | Teléfono en el trabajo: | Celular: | <input type="checkbox"/> ¿Necesita un intérprete? Idioma _____ |
| Parentesco: <input type="checkbox"/> padraastro/madrastra <input type="checkbox"/> abuelo/a <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> otro _____ | | | | |
| Nombre: | Teléfono en casa | Teléfono en el trabajo: | Celular: | <input type="checkbox"/> ¿Necesita un intérprete? Idioma _____ |

Existe alguna persona que no tiene permiso de levantar a su hijo/a del programa? (Nombre): _____

¿Conoce o puede identificar su hijo/a ha esta persona? Sí No



Escuela: _____ Grado: _____ Maestro de aula: _____

5. Información Médica

Seguro: Ninguno Sí (Nombre del seguro: _____ AHCCS) Médico: _____ Teléfono #: _____

Medicamentos: _____

Alergias: Estacional Medicamento _____ Abeja Insecto Alimento _____ Otro _____
 Requiere EpiPen

Cuidado de emergencia: **En caso de una enfermedad o lesión grave y que no se pueda contactar al padre/tutor, doy mi consentimiento para que lleven a mi hijo al hospital, en ambulancia si es necesario, para el tratamiento médico. TUSD no será responsable de cualesquiera costos de lo antedicho que no sean cubiertos por el seguro.**

Firma del padre/tutor: _____

6. Clases especiales y adaptaciones

Por favor marque abajo cualquier clase o programa especial en cual el estudiante ha participado:

- Desarrollo del Idioma de inglés
- Programa acelerado/para superdotados
- Plan 504 – Por favor proporcione una copia
- Educación especial
 - Recursos Autónoma Terapia del habla Ergoterapia/Fisioterapia Otro _____
- El estudiante tiene un IEP actual – Por favor proporcione una copia

7. Transportación

¿De qué manera regresará su hijo(a) a su casa? Es responsabilidad de los padres hacer arreglos con su guardería para la transportación

- Caminando (solo/a o acompañado/a)
- Será Recogido
- Otro, explique _____

Los estudiantes deben cumplir con las pautas de elegibilidad como están enumeradas en la Política EEA de la Mesa Directiva (por favor consulte el ciber sitio de TUSD).

Los padres de estudiantes que viven fuera de los límites del distrito de TUSD son responsables por su transportación.

Los estudiantes elegibles que necesiten una dirección alternativa deben llenar una Forma de Dirección Alternativa. La aprobación depende de las rutas del autobús existentes.

Si es elegible, ¿tomará el autobús este estudiante?

- Sí No

¿Tiene permiso su hijo(a) usar el internet en clase? Sí No

¿Podemos usar la foto de su hijo en material promocional? Sí No

Con su firma usted desea que su hijo/a participe en el programa de veranoy también entiende que es un programa académico y de enriquecimiento y no “guardería”. Usted debe de hablar con su hijo/a que violaciones de las reglas del programa puede resultar en suspensión del programa. Entiendo que el espacio en el programa es limitado y mi hijo/a DEBE asistir al programa regularmente. Si mi hijo tiene ausencias injustificadas, tal vez no se le permitirá que continúe en el programa.

Firma

Fecha

Parentesco