

APLICACIÓN DEBE LLENARSE COMPLETAMENTE Y CON PRECISIÓN A CONSIDERAR PARA LA ACEPTACIÓN EN UN PROGRAMA DE



**BOYS & GIRLS CLUB
OF MERIDEN**

**APLICACIÓN PROGRAMA DESPUÉS DE LA ESCUELA
Escuela Ben Franklin grados K-5**

2024 - 2025

Forma de Matrícula

21ST Century Community Learning Centers Grant

** ESTUDIANTE# (ALMUERZO#) ** _____ SASID # _____

NOMBRE DEL NIÑO/A _____ EDAD _____ GRADO _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____ FechaNacimiento _____ Femenino _____ Masculino _____

Raza: Asiático Nativo Americano Africano Americano Hispano Blanco Otro

Lenguaje Principal _____

Por favor verifique si recibe apoyo de ELL _____ Educación Especial: Sí _____ No _____

Maestra de Salón Hogar _____

Correo electrónico: _____

PADRES/ENCARGADO _____

Teléfono de la casa _____ Número del trabajo _____ Número del celular _____

LUGAR DE TRABAJO _____ Ocupación _____

PADRES/ENCARGADO _____

Teléfono de la casa _____ Número del trabajo _____ Número del celular _____

LUGAR DE TRABAJO _____ Ocupación _____

NINO VIVE CON: ambos padres madre padre encargado otro

INFORMACIÓN de despacho del niño: Su hijo no se entregara a cualquiera que no sea un padre o tutor legal a menos que el nombre se encuentre en la lista o enviar un consentimiento por escrito para su hijo salir con otra persona. Solicitaremos identificación si no estamos seguros de la persona que recoja al niño. **** SI HAY UNA ORDEN DE LA CORTE EN SU LUGAR CON RESPECTO A LA CUSTODIA, DEJELE SABER A LA OFICINA DE LA ESCUELA ****

OTROS contactos, lista de contactos adicionales para el niño. Estos individuos deben autorizarse para recoger al niño en caso de emergencia. **** DEBEN INCLUIR TODO CONTACTO QUE NO APARECE EN LA PARTE DELANTERA ****

NOMBRE _____ Teléfono _____ Relación _____

NOMBRE _____ Teléfono _____ Relación _____

NOMBRE _____ Teléfono _____ Relación _____

**** INFORMACIÓN MÉDICA (DEBE SER COMPLETAMENTE LLENO) ****

¿Hay alguna necesidad especial, como asma, alergias, cirugías previas, accesibilidad, dieta, etc. que requiere límites o restricciones en las actividades de su hijo? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta _____

****¿Su hijo toma medicamentos? Sí _____ No _____ Si responde sí, indíquelo _____**

**** INFORMACIÓN MÉDICA (DEBE SER COMPLETAMENTE LLENO)****

Doctor de Niño _____ Teléfono _____

Hospital preferido _____

compañía de seguros de salud _____ número de póliza _____

PERMISO DE PADRES PARA CLC SIGLO XXI — POR FAVOR, LEA CUIDADOSAMENTE

Yo doy permiso a mi hijo a tomar parte en las actividades de Boys & Girls Club de Meriden de centros comunitarios de aprendizaje del siglo 21, que pueden incluir eventos fuera del sitio, asistencia académica, educación continua y programas recreativos. Si se presenta una emergencia médica, personal del programa tomará todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad del participante y llamar, si es necesario, un vehículo de emergencia público para el transporte a una instalación de emergencia. Entiendo que seré responsable por los gastos de transporte y gastos médicos. Estoy de acuerdo que si suege una condición de salud ahora o en el futuro que afectaría la participación de mi hijo, notificare el personal del centro comunitario de aprendizaje del siglo XXI.

Además, doy mi consentimiento al programa de Boys and girls club de Meriden centros comunitarios de aprendizaje Meriden Public schools siglo 21 para compartir registros estudiantiles de mi hijo para fines de asistencia y apoyo educativo.

Por la presente certifico que he leído y entendido la información anterior:

Padres/Encargado Firma _____ Fecha _____

Nombre impreso _____

* Por estatuto de Connecticut General 19a-77 estamos obligados a revelar que nuestros programas no están autorizados por la oficina de estado de niñez temprana