

## Información del estudiante

apellido del estudiante      nombre del estudiante      grado      fecha de nacimiento

género:  M  F      nombre del profesor      correo electrónico del estudiante

---

---

### Padre o representante legal #1

---

---

apellido      nombre      Correo electrónico

empleador      dirección de la casa      ciudad      código postal

teléfono de casa      teléfono celular      teléfono de trabajo

---

---

### Padre o representante legal #2

---

---

apellido      nombre      Correo electrónico

empleador      dirección      ciudad      código postal

teléfono de casa      teléfono celular      teléfono de trabajo

¿Hay alguna orden de custodia /visitación ordenada por la corte que limite el acceso a este estudiante?

Y  N *En caso afirmativo, se adjunta una orden legal.*

El estudiante vive con:  ambos padres  madre  padre  tutor legal

AB 1567 requiere que el Programa de Aprendizaje Ampliado dé inscripción de primera prioridad a los alumnos que se identifican como jóvenes sin hogar o jóvenes de crianza. Por favor, marque esta casilla si usted está eligiendo autocertificar que su hijo es un joven sin hogar o un joven de crianza.

A continuación, indique las personas que usted permite recoger a su estudiante del Programa de Aprendizaje Ampliado. Por razones de seguridad, su hijo/hija SOLO será liberado a las personas que se enumeran a continuación. A aquellos que recojan a los estudiantes se les puede pedir que presenten una identificación antes de que su estudiante sea liberado del programa. Si desea agregar o cambiar nombres, debe comunicarse con el Programa de

_____	_____	_____
nombre	relación	número de teléfono
_____	_____	_____
nombre	relación	número de teléfono
_____	_____	_____
nombre	relación	número de teléfono
_____	_____	_____
nombre	relación	número de teléfono

## Médico & Emergencia

Si su hijo requiere medicamentos en la escuela, todos los medicamentos enviados a la escuela deben estar en el envase original de la receta con una fecha actual y el nombre del niño.

nombre del medicamento	dosificación	hora(s) dada(s)
nombre del medicamento	dosificación	hora(s) dada(s)
nombre del medicamento	dosificación	hora(s) dada(s)
nombre del medicamento	dosificación	hora(s) dada(s)

### Condiciones médicas

Usa anteojos/contactos:  para ver la pizarra  para leer  todas el tiempo  
 Fecha del último examen de la vista: \_\_\_\_\_

usa audífonos       Diabetes       dependiente de la insulina

Alergias graves que requieren:  Epi-pen      Por favor, explique el tipo de alergia:  
 Benadryl

Asma real      Si marcó sí:       usa inhalador       toma medicamentos  
 convulsiones actuales      Si marcó sí:       toma medicamentos

Sírvanse explicar las enfermedades recientes, la hospitalización, la cirugía o cualquier afección médica que pueda requerir alojamiento en la escuela.

Yo / nosotros, confirmar que yo / nosotros somos el padre o tutor legal de (nombre del estudiante) \_\_\_\_\_

Entiendo que se hará un esfuerzo para ponerse en contacto con usted o los contactos de emergencia antes de prestar tratamiento al estudiante, pero que cualquiera de los tratamientos anteriores no se retendrá si los adultos infrascritos o autorizados no pueden ser alcanzados. Se entiende que su hijo será llevado al hospital disponible más cercano para atención de emergencia, a menos que se especifique lo contrario aquí.

\_\_\_\_\_ es mi hospital deseado.

Entendemos que el distrito escolar no proporciona seguro médico/de accidentes para los estudiantes, y entendemos además que todos los costos relacionados con el tratamiento médico pueden ser mi/nuestra responsabilidad y no la del distrito escolar o el Superintendente de Escuelas del Condado de Fresno.

## Liberación y permisos

\_\_\_\_\_ Al rubricar aquí, le doy permiso a mi hijo/hija para asistir al Programa de Aprendizaje Ampliado a partir de la conclusión del día escolar regular hasta el despido del programa o la hora de liberación anticipada. Soy consciente de que mi hijo / hija debe ser recogido por la hora de despido o tener un tiempo de liberación temprana documentado. Entiendo que cualquier persona que recoja a mi hijo / hija puede ser requerida para proporcionar identificación al personal del Programa de Aprendizaje Ampliado.

\_\_\_\_\_ Al rubricar aquí, reconozco que he leído las pautas de asistencia al Programa después de la escuela adjuntas y las políticas del programa. Entiendo que mi hijo/hija y mis padres/tutores deben seguir estas pautas y políticas para poder participar en el Programa de Aprendizaje Ampliado.

\_\_\_\_\_ Al rubricar aquí, permito que mi hijo/hija vea películas durante el Programa de Aprendizaje Ampliado, de acuerdo con la política del distrito escolar. Entiendo que como parte del enriquecimiento del aprendizaje ampliado y las actividades académicas en el aula, los instructores ocasionalmente pueden mostrar películas a los participantes del aprendizaje ampliado. El Programa de Aprendizaje Ampliado elegirá películas de acuerdo con las pautas de selección de películas del distrito escolar. Este formulario servirá como un resguardo de permiso.

\_\_\_\_\_ Al rubricar aquí, permitir que mi estudiante participe en encuestas después de la escuela. Entiendo que a mi estudiante se le está pidiendo que sea parte de una Encuesta estudiantil del Programa de Aprendizaje Ampliado, que se administra a través del Superintendente de Escuelas del Condado de Fresno. La encuesta se dará dos veces este año escolar, como una encuesta previa en octubre y una encuesta posterior en mayo. Esta es una encuesta muy importante que nos ayudará a evaluar y mejorar el programa de Aprendizaje Ampliado, que ofrece a su hijo actividades diseñadas para promover el logro académico y el desarrollo de habilidades sociales y emocionales positivas.

- **Contenido de la encuesta.** La encuesta recopila información sobre qué tan bien el programa después de la escuela apoya el desarrollo de habilidades socioemocionales relacionadas con el éxito escolar, incluida la mentalidad de crecimiento, las autopercepciones de la competencia académica, la autorregulación, el compromiso escolar, las percepciones de competencia social, la autoeficacia, la preocupación por los demás y / o la determinación / perseverancia.
- **Es voluntario.** Su hijo no tiene que hacer la encuesta. Los estudiantes que participan solo tienen que responder a las preguntas que quieran responder y pueden dejar de tomarlo en cualquier momento.
- **Es confidencial.** Los resultados de esta encuesta se compilarán en informes a nivel de condado utilizados para la evaluación del programa de Aprendizaje Ampliado. No se informarán los resultados individuales de los estudiantes. Los resultados sólo estarán disponibles para su análisis en condiciones de estricta confidencialidad. El apellido y el cumpleaños de su hijo se le preguntarán en el formulario de la encuesta, solo con el propósito de hacer coincidir la encuesta previa con la encuesta posterior.
- **Riesgos potenciales.** No hay riesgos conocidos de daño físico, psicológico o social para su hijo.
- **Para más información.** Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, sobre sus derechos o no desea que su hijo participe en esta encuesta, llame al Superintendente de Escuelas del Condado de Fresno, Departamento de Niños Seguros y Saludables al 559-497-3887.

Soy el padre o tutor legal de, y por la presente autorizo, al niño mencionado anteriormente a participar en el Programa del Superintendente de Escuelas del Condado de Fresno mencionado anteriormente. Entiendo que la participación de mi hijo en el Programa es voluntaria; y, en consideración a que se le permita participar a mi hijo, estoy plenamente informado de lo siguiente y por la presente acepto en mi nombre y en el de mi hijo, y en nuestro nombre, cesionarios, herederos, parientes más cercanos y albaceas lo siguiente:

1. Yo, el infrascrito, estoy plenamente informado de que el Programa puede implicar actividades que son física, mental y emocionalmente desafiantes y puede implicar ciertos riesgos para la salud y la seguridad. Asumo plenamente todos los riesgos, lesiones y pérdidas para mi hijo y la propiedad que surjan de, resulten de, o estén relacionados con el Programa.
2. Yo, el infrascrito, POR LA PRESENTE LIBERO, RENUNCIO, DESCARGA Y ME COMPROMETO A NO DEMANDAR al Superintendente de Escuelas del Condado de Fresno, sus funcionarios, empleados, representantes, voluntarios y agentes (colectivamente 'FCSS'), y la Junta de Educación del Condado de Fresno, sus funcionarios, empleados, representantes, voluntarios y agentes (colectivamente 'FCBE') por y de cualquier y toda responsabilidad hacia mi hijo, yo mismo, nuestro representante, asigna, hereda y parientes más cercanos por cualquier pérdida o daño, y cualquier reclamo o demanda de los mismos a causa de lesiones a la persona o propiedad de, o que resulte en la muerte de mi hijo, mientras mi hijo está viajando hacia o desde, o participando en el Programa.
3. Yo, el infrascrito, POR LA PRESENTE ACEPTO INDEMNIZAR, GUARDAR Y MANTENER INDEMNIE a FCSS y FCBE de cualquier lesión, pérdida, responsabilidad, daño y / o costo fcsc y / o FCBE pueden incurrir o sostener que son causados por mi hijo mientras participa en el Programa.
4. Yo, el infrascrito, POR LA PRESENTE ASUMO TODA LA RESPONSABILIDAD POR LESIONES CORPORALES, MUERTE O DAÑOS A LA PROPIEDAD mientras mi hijo está participando en el Programa.
5. Yo, el infrascrito, autorizo cualquier tratamiento médico para mi hijo que se considere necesario en caso de cualquier lesión o enfermedad mientras participa en el Programa, y acepto que soy responsable del costo de dicho tratamiento médico.
6. Yo, el infrascrito, además, acepto expresamente que este Acuerdo pretende ser tan amplio e inclusivo como lo permitan las leyes del Estado de California y que si alguna parte del mismo se considera inválida, se acuerda que el saldo, no obstante, continuará en pleno vigor y efecto legal.
7. I, el infrascrito, por la presente

dan su consentimiento

no dan su consentimiento

al FCSS o a cualquier otra entidad aprobada por el FCSS para tomar fotografías, películas, imágenes digitales, grabaciones de sonido y/o cintas de DVD/video ('grabaciones') de mi hijo, individualmente o en grupo durante el Programa u otras actividades relacionadas con el FCSS, con el propósito de informar a otros estudiantes, maestros, padres y al público en general de los objetivos y actividades o métodos de instrucción de los programas y servicios del FCSS.

- a. Tengo entendido que estas grabaciones pueden mostrarse a audiencias locales y nacionales, tanto en periódicos locales como en publicaciones nacionales, y pueden publicarse en Internet. Se acuerda que puedo inspeccionar o revisar estas grabaciones a petición.
- b. Además, se acuerda que ni mi hijo ni yo tendremos ningún derecho, título o interés en las grabaciones mencionadas anteriormente, ni mi hijo o yo tendremos derecho a ninguna causa de acción por daños o lesiones resultantes de la toma, publicación o difusión de estas grabaciones para el propósito aquí descrito.
- c.

Yo, el abajo firmante, HE LEÍDO, ENTIENDO Y FIRMO VOLUNTARIAMENTE ESTE ACUERDO y además acepto que no se han hecho representaciones orales, declaraciones o incentivos aparte de este Acuerdo. Entiendo que al firmar este Acuerdo, estoy renunciando a valiosos derechos legales. Declaro que soy el padre / tutor legal del estudiante nombrado y la información en esta solicitud de tres páginas es verdadera y correcta. Notificaré al Programa de Aprendizaje Ampliado si hay cambios en cualquier información indicada en la solicitud.

nombre impreso del padre/tutor

fecha

número de teléfono

firma de padre/tutor