

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 Tutor #1

apellido nombre de pila Correo electrónico

empleador Dirección home Ciudad cremallera

teléfono residencial teléfono celular teléfono del trabajo

Padre o Tutor #2

apellido nombre de pila Correo electrónico

empleador Dirección home Ciudad cremallera

teléfono residencial teléfono celular teléfono del trabajo

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

Y N *En caso afirmativo, adjunte una orden legal.*

El estudiante vive con: Ambos Padres Madre Padre Tutor Legal

AB 1567 requiere que el Programa de Aprendizaje Ampliado otorgue la inscripción prioritaria a los alumnos que se identifican como jóvenes sin hogar o jóvenes de crianza. Marque esta casilla si 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 recogen estudiantes se les puede pedir que presenten una identificación antes de que su estudiante sea liberado del programa. Si desea agregar/cambiar nombres, debe comunicarse con el Programa de Aprendizaje

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

Médico y de Emergencias

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 el trabajo para leer todos los tiempos
 Fecha del último examen de la vista: _____

Usa audífono(s) Diabetes Insulinodependiente

Alergias graves que requieren: Epi-pluma
 Benadryl

Por favor, explique el tipo de alergia:

Asma actual Si comprobado: usa inhalador la medicación diaria
 Convulsiones actuales Si se comprueba: con medicamentos

Por favor, explique cualquier enfermedad reciente, hospitalización, cirugía o cualquier condición médica que pueda requerir alojamiento en la escuela.

Yo/nosotros, confirmo que yo/nosotros somos el padre o tutor legal de (nombre del estudiante) _____ con licencia bajo las disposiciones de la ley de práctica de medicina y el Departamento de Salud Pública del Estado de California.

Yo/nosotros entendemos que se hará un esfuerzo para contactarlo a usted o a los contactos de emergencia antes de brindar tratamiento al estudiante, pero que no se retendrá ninguno de los tratamientos anteriores si no se puede contactar a los adultos abajo firmantes o autorizados. Se entiende que su hijo será llevado al hospital disponible más cercano para recibir atención de emergencia, a menos que se especifique lo contrario aquí.

Yo/nosotros entendemos que el distrito escolar no proporciona seguro médico / de accidentes para los estudiantes, y yo / nosotros 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 antes del momento del despido o tener un tiempo de liberación anticipada 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 los padres / tutores deben seguir estas pautas y políticas para participar en el Programa de Aprendizaje Ampliado.

_____ Al rubricar aquí, doy mi permiso para que el personal del programa cierre la sesión de mi hijo / hija del programa por razones que incluyen, entre otras, que él / ella está caminando a casa, es recogido temprano o recibe transporte del distrito.

_____ 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 Expandido y las actividades académicas en el aula, los instructores ocasionalmente pueden mostrar películas a los participantes del Aprendizaje Expandido. El Programa de Aprendizaje Ampliado elegirá películas de acuerdo con las pautas de selección de películas del distrito escolar. Este formulario servirá como un permiso.

_____ Al rubricar aquí, doy mi permiso a mis estudiantes para que se inscriban fuera del programa para caminar a casa o tomar el transporte del distrito.

_____ Al rubricar aquí, permita que mi estudiante participe en encuestas después de la escuela. Entiendo que a mi estudiante se le pide que sea parte de una Encuesta de Estudiantes del Programa de Aprendizaje Ampliado, que se administra a través del Superintendente de Escuelas del Condado de Fresno. La encuesta se realizará 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 Expandido, 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 responder a la encuesta. Los alumnos que participen solo tendrán que responder a las preguntas que quieran responder y podrán dejar de cursarlas 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 estarán disponibles para su análisis únicamente 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,

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 permita la participación de mi hijo, estoy plenamente informado de lo siguiente y por la presente acepto en nombre mío y de mi hijo, y de nuestros representantes, cesionarios, herederos, parientes cercanos y albaceas de la siguiente manera:

1. Yo, el abajo firmante, estoy plenamente informado de que el Programa puede involucrar actividades que son física, mental y emocionalmente desafiantes y pueden 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 relacionadas con el Programa.
2. Yo, el abajo firmante, POR LA PRESENTE LIBERO, RENUNCIO, LIBERO Y NO DEMANDO AL SUPERINTENDENTE DE ESCUELAS DEL CONDADO DE FRESNO, sus funcionarios, empleados, representantes, voluntarios y agentes (colectivamente 'FCSS'), y a la Junta de Educación del Condado de Fresno, sus funcionarios, empleados, representantes, voluntarios y agentes (colectivamente 'FCBE') por y desde cualquier y toda responsabilidad hacia mi hijo, yo mismo, nuestro representante, asigna, herederos y parientes cercanos por cualquier pérdida o daño, y cualquier reclamo o demanda por ello a causa de lesiones a la persona o propiedad de, o que resulten en la muerte de mi hijo, mientras mi hijo viaja hacia o desde, o participa en el Programa.
3. Yo, el abajo firmante, POR LA PRESENTE ACEPTO INDEMNIZAR, GUARDAR Y EXIMIR DE RESPONSABILIDAD A FCSS y FCBE de cualquier lesión, pérdida, responsabilidad, daño y /o costo en el que FCSS y /o FCBE puedan incurrir o mantener que sean causados por mi hijo mientras participa en el Programa.
4. Yo, el abajo firmante, POR LA PRESENTE ASUMO TODA LA RESPONSABILIDAD POR LESIONES CORPORALES, MUERTE O DAÑOS A LA PROPIEDAD mientras mi hijo participa en el Programa.
5. Yo, el abajo firmante, 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 abajo firmante, acepto expresamente que este Acuerdo está destinado a 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. Yo, el abajo firmante, por la presente

dar consentimiento

no dar 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 fcSS, con el fin 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 de FCSS.

- a. Entiendo 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 pedido.
- 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 que la información en esta solicitud de tres páginas es verdadera y correcta. Notificaré al Programa de Aprendizaje Ampliado si hay cambios en cualquier

nombre impreso del padre/tutor

fecha

número de teléfono

firma del padre/tutor