REGISTRACIÓN PARA EL PROGRAMA DESPUÉS DE LA ESCUELA 2016/2017

GRADOS K-6

Nombre del Estudiante(s):	Sexo:	Raza:	Escuela	SASID#	Grado(8/2016)	Fecha de Nacimiento
1. _____	M☐ F☐	____	_____	_____	_____	_____
2. _____	M☐ F☐	____	_____	_____	_____	_____
3. _____	M☐ F☐	____	_____	_____	_____	_____
4. _____	M☐ F☐	____	_____	_____	_____	_____

Dirección: _____

Ciudad **Estado** **Código Postal**

Nombre de Los Padres/Encargado: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

Empleador: _____ Horas de Trabajo: ____ Tiempo Completo Mitad de Tiempo

Facebook ☐ Twitter ☐ Correo Electrónico: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Ingreso annual por casa: _____ Miembros de la familia: ____

Hogar: **Un Pariente** **Dos Parientes** **Guardian**

En caso de una emergencia, favor de llamar a:

Nombre: _____ Relación al Niño: _____ Teléfono Local: _____

Dirección: _____

Ciudad **Estado** **Código Postal**

Persona(s) que tiene permiso a recoger al niño después del programa: (favor <u>notifique</u> si los nombres cambian)

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono Local: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono Local: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono Local: _____

Le doy permiso al programa "LIGHTHOUSE" para que mi hijo/a reciba atención médica.

_____
Padre/Encargado

Seguro Principal: _____ Secundario: _____

Mi hijo/a sufre de las siguientes condiciones médicas: _____

Podrán algunas de estas condiciones impedir su participación en el programa? Sí ☐ No ☐

Sí, favor de explicar: _____

¿Tiene su hijo/a un plan individual educativo, un diario de Conducta para el dia escolar? Sí ☐ No ☐

¿Recibe su hijo/a servicios especiales durante el dia escolar, tal como reunirse con la trabajadora/o social, un maestro/a de educacion especial o el terapista de habla? Si ☐ No ☐ ¿Podemos discutir su IEP o necesidades especiales con el personal apropiado de la escuela? Si ☐ No ☐

Mi hijo/a necesita medicamento durante el día:

Tipo de Medicina: _____ Hora(s): _____

Yo doy permiso para que me niño/a participe en viajes durante el programa de "LIGHTHOUSE".

_____
Padre/Encargado

Al firmar ésta forma certifico que mi hijo/a es residente de Bridgeport. **<u>Entiendo que estoy registrando mi hijo/a para un programa bajo costo subsidiado que requiere su plena participación en el programa a menos que surja una emergencia imprevista o consideración especial se hace, me comprometo a recoger a mi hijo/a al final del programa a las 5:30 y no antes</u>**. Además, estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones arriba expuestas incluyendo la Póliza de Lighthouse. También estoy de acuerdo que los archivos académicos de mi niño y las fotos tomadas están disponibles para observar el crecimiento académico del estudiante, asi como publicaciones, videos de proyectan y solicitación para fondos. Tambien autorizo el distrito a dar el SASID# de mi niño/a al Programa de Lighthouse con propósitos de reportaje para el estado. ***Soy consciente que un <u>depósito no reintegrable de $25.00</u> dólares aplica a esta aplicación para cada niño registrado. En firmar yo soy responsible del costo semanal, auque el niño no asiste el programa cada semana.***

_____ _____
Padre/Encargado Fecha

PÓLIZA DE LIGHTHOUSE PARA LA TERMINACIÓN/EXPULSIÓN

Además de las pólizas y procedimientos en las guías de operación, el programa establece por escrito la siguiente Póliza. El programa mantiene el derecho de solicitar la terminación de cualquier individuo recibiendo fondos del programa de Lighthouse por acciones que puedan arriesgar el bienestar de otros miembros del grupo, trabajadores, o de los estudiantes envueltos en el programa. Además el programa, sus agencias bajo contrato y los trabajadores locales se reservan el derecho de dar de baja a cualquier niño(a) temporalmente o permanentemente del programa, si él/ella no cumple con las reglas de la Junta de Educación, o las reglas de la agencia mientras esté asistiendo al programa del verano o año escolar. **Si su niño está suspendido por cualquier razón, usted está responsable del pago durante el tiempo de suspensión.**

El programa está de acuerdo en repasar todo dato presentado y dar seguimiento con el personal apropiado, antes de que sea tomada una decisión en cualquiera de los incidentes arriba mencionados. Si el acto demandase acción inmediata, el programa de Lighthouse se reserva el derecho de tomarla.

_____
Tammy Papa, Directora