

School

21st CCLC Participant Registration Form – 2019-2020 School Year

*** POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE ***

Primer Apellido	Nombre	Inicial	Fecha Nacimiento	Numero de Estudiante

***** AREA NUEVOS REGISTRANTES - POR FAVOR COMPLETE PARA TODOS LOS PARTICIPANTES EN LA CASA – POR FAVOR LETRA DE MOLDE *****

Grado _____	Raza (marque 1) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro	Idioma principal (marque 1) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Español	Dirección _____ _____	Vive con (marque 1) <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Hogar crianza <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Custodia Compartida <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro	Transportación (marque 1) <input type="checkbox"/> Recogido <input type="checkbox"/> Autobús
Maestra			Código Postal _____		Información Médica (Por favor liste cualquier alergia u otras condiciones médicas.) _____ _____
Genero (marque 1) <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			Telefono _____		
			E-mail _____		

Padre/Guardian Nombre	Nombre	Teléfono del Hogar	Teléfono Trabajo	Teléfono Celular	Parentesco

CONTACTOS ADICIONALES: Lista de contactos adicionales para el niños(as) y utilice las casillas de verificación para indicar si estas personas están autorizadas para recoger al niño (a) y / o servirá como contacto de emergencia. Verificación de los "Personas con cuadro" indica que esta persona indicada es miembro de la misma familia. Si ningún adulto se enumeran a continuación, y sin cuadros se comprueban que, SOLO EL PADRE (S) / tutores serán capaces de recoger al estudiante (s).

Apellido	Nombre	Dirección	Teléfono del Hogar	Teléfono Trabajo	Parentesco	Pick Up?	Contacto Emergencia	¿Vive con?
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque el cuadro si hay restricciones médicas o legales en vigor. Indique las personas que no se les permite ver a los estudiantes en la escuela y / o personas no autorizados a recoger a los estudiantes por restricciones legales.

Por favor devuelva a _____

Padre / Guardián PERMISO PARA 21st CCLC

* POR FAVOR LEER CUIDADOSAMENTE *

Must be signed by Parent/Guardian for participants 18 and under

Acepta	Rechaza	
X		Estoy de acuerdo en participar en el Community Learning Center (CCLC) Programas y actividades y por la presente doy permiso para que el participante (s) que aparece en el reverso de participar en la Escuela de la Comunidad Distritos Siglo 21 Centros de Aprendizaje (CCLC) Las actividades, que pueden incluir eventos fuera de las instalaciones, asistencia académica, educación continua y programas recreativos.
X		Si surge una emergencia médica, el personal tomará todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad del participante y la llamará, si es necesario, un vehículo de emergencia pública para su transporte a un centro de emergencias. Entiendo que seré responsable por cualquier gasto de transporte y gastos médicos incurridos.
X		Estoy de acuerdo en que si existe una condición de salud ahora o en el futuro, que afectaría la participación de los mencionados en la parte delantera, notificaré a la Comunidad 21st Century Learning Center y a su personal.
X		Por la presente doy mi consentimiento para Centros 21 del Distrito Escolar de la Comunidad de Aprendizaje del Siglo (CCLC) programas para tomar la fotografía del participante durante las actividades del programa, que se utilizará para efectos de educación y relaciones públicas, en relación con los programas de CCLC 21y del Distrito Escolar.
X		Yo doy permiso para que las obras de arte de mi hijo(a), las poesías u otras obras producida en conjunto con el Distrito Escolar del 21st Century Community Learning Centers para ser utilizados con fines educativos y de relaciones públicas.
X		Entiendo que la información que sea publicada puede incluir información académica de mi hijo, la orientación, registro permanente o acumulativo (es decir, los grados o registros de asistencia). También entiendo que la información que sea publicada no incluyen información de identificación personal, como la dirección de mi hijo, número de teléfono o número de seguro social.
X		Además, doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar y el siglo 21 Centros Comunitarios de Aprendizaje (CCLC) para compartir los registros de los participantes estudiantiles entre sí a los efectos de la prestación de apoyo educativo y asistencia.
X		Entiendo que el Distrito Escolar de utilizar los registros de los participantes para evaluar el progreso individual y mejora, así como para evaluar el impacto del programa en el rendimiento estudiantil y para obtener financiamiento continuo para el programa.
X		Por la presente certifico que he leído y entiendo la información anterior.

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

Firma _____ **Nombre** _____ **Fecha** _____

21st CCLC Registro Participacion Adultos

*** POR FAVOR COMPLETE PARA CADA ADULTO PARTICIPANTE - POR FAVOR LETRA DE MOLDE***

Nombre _____ Apellido _____ Inicial _____ Tengo miembros de la familia que asisten a esta escuela durante el día <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombres Miembros de la Familia _____	Genero (marque 1) <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Raza (marque 1) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otros _____	Idioma Prncipal (marque 1) <input type="checkbox"/> Informacion no Disponible <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	Dirección _____ _____ Codigo Postal _____ Teléfono _____ E-mail _____
---	---	---	--	--

Lea cuidadosamente y firme abajo:

Estoy de acuerdo en participar en los programas de los centros comunitarios de aprendizaje y actividades. De surgir una emergencia médica, el personal tomará las medidas necesarias para garantizar la seguridad y llamará, si es necesario, un vehículo de emergencia para el transporte público a un centro médico. Entiendo que seré responsable por cualquier cargo y gastos médicos incurridos. También doy mi consentimiento para que el programa CCLC para tomar fotografía durante las actividades de CCLC, para ser utilizado con fines educativos y de relaciones públicas. Además, doy mi consentimiento para que el programa CCLC para compartir registros de los participantes entre sí con fines de apoyo educativo y asistencia. Además, entiendo que la CCLC puede usar los registros de los participantes para evaluar el progreso individual, así como para evaluar el impacto global del programa para obtener financiamiento continuo para el programa.

Firma _____ **Nombre** _____ **Fecha** _____