

Información del estudiante

apellido del estudiante _____ nombre del estudiante _____ grado _____ fecha de nacimiento _____

género: M F _____ nombre del profesor _____ correo electrónico del estudiante _____

Recogida y salida temprana

Se requiere la asistencia diaria de los estudiantes que participan en el Programa de Aprendizaje Ampliado. El Programa de Aprendizaje Ampliado requiere que los programas permanezcan abiertos hasta las 6:00 p.m. y durante 15 horas por semana. Sin embargo, se entiende que los compromisos familiares, las citas relacionadas con la salud, otras actividades externas o los problemas de seguridad ocurrirán durante las horas del Programa de Aprendizaje Ampliado. Para ocasiones como estas, puede solicitar una hora de liberación anticipada para que su estudiante sea recogido del programa.

La Sección 8483(a) del Código de Educación de California establece que:

1. Cada Programa de Aprendizaje Ampliado comenzará inmediatamente después de la conclusión del día escolar regular, y operará un mínimo de 15 horas por semana, y al menos hasta las 6:00 p.m. en cada día escolar regular.
2. Es la intención de la Legislatura que los alumnos de la escuela primaria y la escuela intermedia o secundaria participen en el día completo del programa todos los días durante los cuales los alumnos participan, excepto según lo permitido por la política de liberación anticipada de conformidad con el subpárrafo (B) del párrafo (1) de esta sección o el párrafo (2) de la subdivisión (f) de la Sección 8483.76.

Justificación de liberación anticipada: Seleccione un código de las cuatro opciones a continuación para decirnos la razón por la que su(s) estudiante(s) necesita(n) salir temprano (en cualquier momento antes de las 6 pm) en cada día de la semana. Si su estudiante no necesita irse antes de las 6 pm, no se necesita ningún código.

Códigos de liberación temprana: 1-Caminante 2-Transporte 3- Educación fuera del sitio 4-Obligación familiar

	Tiempo que el estudiante se irá	Código de liberación temprana <i>Si el estudiante está dejando el programa antes de las 6 pm</i>	razón <i>Ejemplo: Mi hijo está en una liga de fútbol los miércoles a las 5 pm.</i>
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			

Para los estudiantes que están caminando a casa (Código de liberación 1): Todos los estudiantes caminantes serán liberados del programa a la misma hora cada día, en un momento determinado por el Programa de Aprendizaje Ampliado.

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 de la casa	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, 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 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, doy mi permiso a mis estudiantes para que se firmen fuera del programa para caminar a casa o tomar el transporte del distrito.

_____ 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,

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 INDEMNEMENTO 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