



RSG 21<sup>st</sup> CCLC-Gettysburg – Inscripción al Programa Después de la Escuela y Programa de Verano 2021

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Grado Escolar \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

Demografía: (esta información se utiliza únicamente para elaboración de informes) El primer idioma del estudiante es Inglés? \_\_\_\_\_

Género del estudiante: (marque uno)	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	
Estudiante es elegible para: (marque uno)	<input type="checkbox"/> Almuerzo Gratis	<input type="checkbox"/> Almuerzo a precio reducido	<input type="checkbox"/> N/A
Estudiante recibe aprendizaje servicios de apoyo: (circule uno)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
Raza/etnia del estudiante: (marque uno o más)	<input type="checkbox"/> Hispanic Latina	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native	
	<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Afroamericano / Negro	
	<input type="checkbox"/> Blanco isleño Hawaiano o Pacífico	<input type="checkbox"/> Native	

1. El programa es del lunes al jueves (o de acuerdo al calendario de asistencia de cada escuela)
2. Desde la salida de la escuela hasta las 5:30 pm

Por favor, indique los días que su hijo estará presente en el programa:

Lunes  Martes  Miércoles  Jueves Empezando el \_\_\_\_\_

**Acuerdo de Padres/Tutores. (Favor de leer cuidadosamente)**

1. Entiendo que, para seguridad de mi hijo, debo firmar al momento de recogerlo del programa. También entiendo que mi hijo sólo se dejará ir con las personas enlistadas en la información de emergencia de mi hijo, y que será contactado inmediatamente si cualquier persona no autorizada intenta recoger a mi hijo.
2. Entiendo que el personal del programa aplicará los menores primeros auxilios (vendas/bolsas de hielo) a mi hijo, pero no puede suministrar medicamentos por vía oral. El personal se comunicará con los padres o tutores si los primeros auxilios son necesarios. Doy consentimiento para que RSG busque atención médica de emergencia si es necesario.
3. Entiendo que el programa de después de la escuela tiene la misma expectativa de comportamiento de los estudiantes como la escuela, y que asistir a cualquier programa de RSG es un privilegio y es voluntario.
4. Doy permiso para el personal de RSG obtenga la siguiente información de mi hijo: datos de asistencia a la escuela y puntualidad; datos de evaluación del estado (PSSA, otros resultados de exámenes, etc.); tarjeta de calificaciones; datos de disciplina de la escuela; encuestas de servicios pre y post; comentarios de los maestros y administradores, bajo el entendimiento de que esta información se mantendrá confidencial a todos niveles.
5. Yo doy permiso a RSG para tomar fotos y video de mi hijo en el programa después de clases con el entendimiento de que estas imágenes pueden utilizarse para: proyectos / Mostrar tablas; anuarios de estudiantes, páginas de web/Facebook/Twitter de RSG; en los periódicos locales y compartir con socios y colaboradores de RSG.
6. Yo entiendo que, si la escuela se cancela o cierra temprano, no habrá ningún programa ese día, si RSG decide cancelar el programa, el personal se pondrá en contacto con los padres o tutores antes de 14:00 siempre que sea posible.
7. Para facilitar la comunicación, estoy de acuerdo que mi número de teléfono celular se incluya en la aplicación de "remind" del Programa de RSG para recibir anuncios, recordatorios o información actualizada.

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



=====

**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

=====

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de línea: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

=====

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de línea: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

=====

**Por favor indique a dos personas que podamos contactar en caso de emergencia y que tienen PERMISO PARA RECOGER a su hijo. Estos contactos deben estar disponibles durante las horas de programa.**

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**Por favor indique cualquier alergia o condición médica, discapacidad o necesidad especial:**

**Transporte: (iniciales por favor)**

\_\_\_\_\_ **Mi hijo tiene permitido caminar desde la escuela hasta el programa ubicado en el 230 Baltimore St. Gettysburg PA, bajo la guía y supervisión de un empleado de RSG.**

\_\_\_\_\_ Mi hijo puede caminar a nuestro domicilio a las 5:30 pm cuando termine el programa. Esta opción solo es aceptable para los estudiantes del segundo grado escolar y mayores. Favor de recoger a sus hijos a las 5:30 pm (de lunes a jueves). Tiene que firmar un reconocimiento de que está recogiendo a sus hijos en frente de un empleado de RSG, al principio necesitará mostrar una identificación.

\_\_\_\_\_ Mi hijo puede caminar a nuestro domicilio a la 1:00 pm durante el verano al terminar el programa. (Esta opción es válida solamente para estudiantes de segundo grado escolar y mayores).

\_\_\_\_\_ Yo, o las personas que yo indiqué vamos a recoger a mi hijo después del programa a las 5:30 pm o a la 1:00 pm durante el verano.

IMPORTANTE: Tiene que mandar una nota con la fecha y su firma cuando quiera hacer cambios a este arreglo de transporte.

**Cualquier otra información que el Coordinador de RSG debe saber:**

\_\_\_\_\_

**COVID-19** Yo, firmé y estoy de acuerdo con la liberación de responsabilidad relacionada con el COVID-19

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_