

**21st After-School Academy**

**Aplicación**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** | | | | | | | | |
| **Escuela**   * Balmville * GAMS * Horizons on Hudson * Vails Gate | **Grado**  ❑K ❑1o ❑2o ❑3o  ❑4o❑5o  **ID# del Estudiante** | | | | | | | **Fecha de Nacimiento del Estudiante:**  **/ /**    **Edad:** |
| **Apellido del Estudiante** | | | **Primer Nombre** | | | **Segundo Nombre** | | |
| **Dirección** | | | **Ciudad** | | | **Estado y Código Postal** | | |
| **¿Es el estudiante residente de Newburgh?**  ❑Sí ❑No | | **Sexo**  ❑ M ❑ F | | **Identidad Etnia**  ❑ Indio Americano ❑ Asiático (No-Hispano)  ❑ Negro (No-Hispano) ❑ Hispano/Latino  ❑ Nativo de las Islas ❑ Blanco (No-Hispano)  del Pacífico  ❑ Otro | | | | |
| **Padre/Guardián** | | | | **Dirección Padre/Guardián** Si es diferente a la del estudiante | | | | |
| **Padre/Guardian - Teléfono del Hogar** | | | | **Padre/Guardián- Teléfono Cel.** | | | **Padre/Guardián- Teléfono del Trabajo** | |
| **Padre/Guardián - Correo Electrónico** | | | | | | | | |
| **Padre/Guardián** | | | | **Padre/Guardián** | | | | |
| **Padre/Guardián - Teléfono del Hogar** | | | | **Padre/Guardián** | | | **Padre/Guardián - Teléfono del Trabajo** | |
| **Padre/ Guardián - Correo Electrónico** | | | | | | | | |
| **Estudiante vive con** ❑ **Ambos Padre/Madre** ❑ **Madre** ❑ **Padre** ❑ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **# de miembros de la familia \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Afiliación militar** ❑**Ninguna** ❑Army ❑Navy ❑Air Force ❑Marines ❑Coast Guard  ❑National Guard ❑Dep’t of Defense ❑Reserves | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** | | | | | | | | |
| **¿Es el inglés el idioma principal hablado en casa**?  ❑SÍ ❑NO Si no, ¿cuál es el idioma principal hablado en casa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | **¿El estudiante recibe instrucción bilingüe o ESL (inglés como segundo idioma)?**  ❑ SÍ ❑NO | | | |
| **Diagnóstico previo del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD) o ADD**  ❑ SÍ ❑NO | | | | | **Si es SÍ, describa el tratamiento** | | | |
| **¿Tiene el estudiante alguna discapacidad/necesidad especial?**   ❑ SÍ ❑NO  Si es SÍ, por favor explique | | | | | **¿Está el estudiante recibiendo servicios de educación especial?**  ❑ SÍ ❑NO  Si es SÍ, ¿el estudiante tiene IEP (Plan de Educación Individual)?  ❑ SÍ ❑NO | | | |

|  |
| --- |
| **¿El estudiante recibe comidas gratis o a precio reducido?** ❑ SÍ ❑NO |
| **Por favor marque cualquiera de las siguientes opciones:**  ❑ Estampillas de Alimento ❑ SSI (Seguro de Servicios Sociales) ❑ Medicare o Medicaid ❑ Seguro de Discapacidad |
| **¿Hay algún hermano(a) aplicando al programa?** ❑ SÍ ❑NO |
| Si es SÍ por favor liste su(s) nombre(s): |
| **PERSONA AUTHORIZADA PARA RECOGER AL ESTUDIANTE** |
| Yo, autorizo a las siguientes personas a recoger a mi hijo(a) en cualquier momento. Conozco a estas personas y estoy de acuerdo en permitir que el personal de 21st Century After-School Academy libere a mi hijo(a) bajo su cuidado al proporcionar identificación válida para propósitos de verificación:   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nombre** | **Núm. Tel. Hogar** | **Núm. Tel. Cel.** | **Núm. Tel. Trabajo** | **Relación** | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |
| |  | | --- | | **POLÍTICA DE ASISTENCIA** |   Yo, entiendo que 21st Century After-School Academy opera de martes a jueves durante dos horas al día después de la escuela. Entiendo que se espera que mis niños(as) asistan a los tres días semanales. Entiendo que mi hijo(a) viajará en el autobús u otro transporte escolar aprobado a funciones y actividades aprobadas en el programa. También sé que, si asisto a una excursión fuera de la ubicación del programa, se me notificará por escrito. |

|  |
| --- |
| **COMPROMISO Y ACUERDO DE DISCIPLINA** |
| En un esfuerzo por proveer un ambiente de aprendizaje productivo, se espera que todos los estudiantes sigan las reglas del Distrito Escolar Extendido de la Ciudad de Newburgh.  <https://www.newburghschools.org/files/district/documents/CodeofConduct2017-2018-final%20v.3.pdf> |

|  |
| --- |
| **CRITERIO DE SELECCIÓN** |
| 21st Century After-School Academy está abierta a todos los estudiantes en los sitios seleccionados independientemente de su raza o estado económico. Se anima a todos los estudiantes a aplicar. Tenga en cuenta que tenemos un número limitado de vacantes. Si nuestros números exceden la capacidad, los estudiantes adicionales serán colocados en una lista de espera. |
| |  | | --- | | **AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN** |   Estoy de acuerdo con todas las políticas, reglas y procedimientos de 21st Century After-School Academy. Soy consciente de que 21st Century After-School Academy es un programa voluntario y no es requerido.  Yo, el padre/guardián del niño(a) mencionado(a) anteriormente, por este medio los inscribo para participar en 21st Century After-School Academy. También estoy de acuerdo en que la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y exacta.  Padre/Guardián\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Por favor escriba en letra de imprenta)  Firma Padre/Guardián \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**CONSENTIMIENTO DE EMERGENCIA MÉDICA**

En caso de una emergencia médica, los primeros auxilios serán administrados a su niño(a) por la enfermera u otra persona calificada. Cada intento se hará para llegar primero al padre/guardián. Si se necesita tratamiento médico adicional, se llamará al 911. Autorizo a 21st Century After-School Academy del Distrito Escolar Extendido de la Ciudad de Newburgh para obtener transporte de emergencia para mi hijo(a) en caso de que no esté disponible.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**(Firma Padre/Guardián)**  **(Relación)**  **(Fecha)**

|  |
| --- |
| **CONSENTIMIENTO/HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Doctor/Proveedor de Servicios Médicos** | **Doctor/Proveedor de Servicios Médicos Dirección** | | **Núm. de Teléfono** |
| **Dentista** | **Dirección** | | **Núm. de Teléfono** |
| **Medicaid #/** | | **Seguro de Salud y Núm. de Póliza** | |

**1) Tiene su hijo(a) alguna alergia conocida y/o sensibilidad a los alimentos?**   SÍ  NO

\*Si respondió que SÍ, cuáles son? Describa las reacciones y síntomas de su hijo(a):

**2) Su hijo(a) necesita medicamentos durante las horas después del horario escolar?** (Por favor incluya los inhaladores para el asma)

SÍ  NO Si respondió que SÍ, por favor liste los nombres de los medicamentos:

|  |
| --- |
| **CONTACTOS DE EMERGENCIA** |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nombre:** | **Núm. Tel. del Hogar** | **Núm. Tel. Celular** | **Núm. Tel. Trabajo** | **Relación** | | 1. |  |  |  |  | | 2. |  |  |  |  | | 3. |  |  |  |  | | 4. |  |  |  |  | |

**CONSENTIMIENTO DE EMERGENCIA MÉDICA:**

En caso de una emergencia médica, los primeros auxilios serán administrados a su niño(a) por la enfermera u otro miembro del personal calificado. Cada intento se hará para llegar primero al padre/guardián. Si se necesita tratamiento médico adicional, se llamará al 911.

**Yo, autorizo a 21st Century After-School Academy a obtener transporte y tratamiento de**

**emergencia para mi hijo(a) en caso de que no esté disponible**.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(Firma Padre/Guardián) (Relación) (Fecha)



***Derechos y Responsabilidades***

**21st Century After-School Academy se compromete a**

1. Proporcionar un programa después de la escuela de alta calidad para todos los participantes
2. Tratar a todos los participantes y padres con respeto y proporcionar procedimientos de resolución de conflictos no resueltos
3. Proporcionar oportunidades para comentarios y sugerencias de los padres
4. Proporcionar a los padres información de contacto y reglas y expectativas del programa al inscribirse

**Como Padre/Guardián, yo me comprometo a**

1. Completar todos los trámites de inscripción requeridos y firmar todas las autorizaciones necesarias
2. Cumplir con los procedimientos del programa establecidos por 21st Century After-School Academy
3. Animar a mi hijo(a) a cumplir con las reglas del programa
4. Hacer todo lo posible para asistir a todos los eventos de los estudiantes y padres programados por el programa
5. Leer el Manual Familiar completo

**Como estudiante, yo me comprometo a**

1. Seguir las reglas del Distrito Escolar Extendido de la Ciudad de Newburgh y de 21st Century After-School Academy
2. Asistir tres días a la semana y los eventos de la Academia del sábado
3. Respetar a todos los adultos y compañeros académicos
4. Hacer lo mejor en todas las actividades

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Por favor escriba en letra de imprenta)

****