



## 21<sup>st</sup> After-School Academy Aplicación

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

<b>Escuela</b> <input type="checkbox"/> Balmville <input type="checkbox"/> GAMS <input type="checkbox"/> Horizons on Hudson <input type="checkbox"/> Vails Gate			<b>Grado</b> <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> 5° <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">ID# del Estudiante</div>			<b>Fecha de Nacimiento del Estudiante:</b> / / <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Edad:</div>		
Apellido del Estudiante			Primer Nombre		Segundo Nombre			
Dirección			Ciudad		Estado y Código Postal			
¿Es el estudiante residente de Newburgh? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<b>Identidad Etnia</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático (No-Hispano) <input type="checkbox"/> Negro (No-Hispano) <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Nativo de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco (No-Hispano) <input type="checkbox"/> 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

¿Está el estudiante recibiendo servicios de educación especial?

Si es Sí, por favor explique

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 21<sup>st</sup> 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 21<sup>st</sup> Century After-School Academy. Soy consciente de que 21<sup>st</sup> 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 21<sup>st</sup> 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

<b>Doctor/Proveedor de Servicios Médicos</b>	<b>Doctor/Proveedor de Servicios Médicos Dirección</b>	<b>Núm. de Teléfono</b>
<b>Dentista</b>	<b>Dirección</b>	<b>Núm. de Teléfono</b>
<b>Medicaid # /</b>		<b>Seguro de Salud y Núm. de Póliza</b>

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 21<sup>st</sup> 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**

**21<sup>st</sup> 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
4. Proporcionar oportunidades para comentarios y sugerencias de los padres
5. 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 21<sup>st</sup> 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 21<sup>st</sup> 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)

