



Distrito Escolar Unión de Salida

SALIDA MIDDLE SCHOOL

5041 Toomes Road • Salida CA 95368

Teléfono: 209-545-1633 • Fax: 209-543-0831

PROGRAMA DESPUÉS DE ESCUELA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Nombre del Estudiante: _____ Grado _____ Fecha de Nacimiento _____ Maestro _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____ Secundario: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____ Secundario: _____

Dirección de Correo: _____ Correo Electrónico: _____

Por favor revise cada afirmación:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| Sí | No | Entiendo que mi estudiante no puede ser entregado a nadie que no esté en la lista de este formulario de inscripción, a menos que en caso de extrema emergencia los padres puedan dar permiso por teléfono al supervisor del sitio. Todas las personas, incluidos los padres, deben mostrar una identificación con foto en el momento de la recogida. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sí | No | Doy permiso para que la fotografía de mi estudiante también se tome y reproduzca con fines educativos y promocionales del programa, utilizando imágenes fijas o cintas de video. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sí | No | Doy permiso a mi estudiante para ver películas clasificadas PG en el Programa Después de Escuela. Entiendo que puedo solicitar que mi estudiante no vea películas en particular en cualquier momento. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sí | No | Entiendo que mi estudiante será dado de baja del Programa Después de Escuela si se recoge a algún estudiante después de las 6:05 p. m. más de tres (3) veces en un año escolar. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sí | No | Mi estudiante puede darse de baja del programa después de las 4:30 p. m. Nota: Mi estudiante entiende que debe abandonar el campus inmediatamente después de cerrar la sesión. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sí | No | Mi hijo tiene permiso para viajar a casa en el último autobús del Programa Después de Escuela. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sí | No | Mi estudiante tiene una condición médica y/o alergia (alergias a los alimentos, necesidades nutricionales, medicamentos). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sí | No | Hay problemas de custodia relacionados con mi estudiante. Entiendo que los miembros del personal del Programa Después de Escuela pueden entregar a mi estudiante a cualquiera de los padres, a menos que haya una orden judicial archivada en el programa. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Las siguientes personas pueden recoger a mi estudiante:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____