



Distrito Escolar de la Unión de Salida

Forma de Matriculación para Programas Después de Clases

543-3118

Fecha de Empezio: _____ ID Estudiantil: _____

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

Domicilio: _____ Ciudad: _____ C.P.: _____

Nombre de Madre: _____ Teléfono-Día: _____ Teléfono-Tarde: _____

Nombre de Padre: _____ Teléfono-Día: _____ Teléfono-Tarde: _____

Domicilio: _____

Por favor tache e inicie cada declaración:

Si No _____ He recibido una copia de la Información sobre los derechos de Estudiante / Padre.

Si No _____ Mi hijo y yo seguiremos las guías impuestas en la Información de Estudiante / Padre.

Si No _____ Mi hijo puede firmar por si mismo para salir del Programa Después de Clases, después de terminar su tarea.

Si No _____ Mi hijo puede comer cualquier botana proveída por el Programa Después de Clases. **Si se indica NO una nota del doctor debe ser proporcionada.** *Explique si marcó "No":* _____

Si No _____ Mi niño tiene necesidades medicas especiales. *Explique si marcó "Si":* _____

Si No _____ Comprendo que **Solamente puedo recoger a mi hijo a las horas designadas**; adicionalmente, comprendo que debo recoger a mi hijo antes de las 6:00 PM. **Una multa de \$1.00 por minuto por niño será agregada al costo mensual en todos los sitios.**

Si No _____ Comprendo que debo dar permiso verbalmente para que mi hijo sea recogido por alguien no en la lista.

Si No _____ Solamente los siguientes individuos (aparte de padres) pueden recoger a mi hijo del Programa Después de Clases. Comprendo que cualquiera recogiendo a mi hijo debe mostrar identificación. Indique los nombres de los individuos a los cuales el personal puedan llamar en caso de emergencia si no pudieran comunicarse con los padres.

Llamar en Emergencia Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Llamar en Emergencia Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Llamar en Emergencia Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Llamar en Emergencia Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Si No _____ Tengo custodia legal de mi hijo. Comprendo que el personal del Programa Después de Clases puede entregar a mi hijo a cualquiera de los padres a menos que una orden de corte este un su archivo estudiantil.

Si No _____ Hay problemas de custodia relacionados con mi hijo. *Explique si marcó "Si":* _____

Firma de Padres: _____ Fecha: _____

Hay un costo por estudiante por mes. Si su hijo califica para lonche gratuito o reducido, el costo es reducido con la exclusión del Programa All Stars.