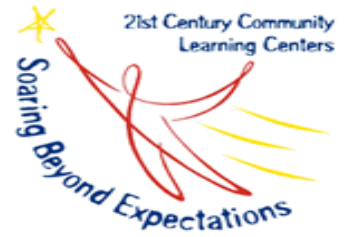




21st Century Community Learning Centers
 Programa Extracurricular (PDY/PAY)
 2300 Courtland Drive
 Sanford, NC
 (919) 774-9462
 www.pdypay.com



Academic School Year: 2019-2020

Por favor llene cada blanco o escriba NA (no aplicable)

Raza: Blanca Afro Americano/Negro Hispano Otro _____

Información del Estudiante:

Nombre del Niño _____
 (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial/apodo) _____
 Dirección _____
 (Calle) _____ (Ciudad) _____ (Zona Postal) _____
 Edad _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ M/F _____ Grado ____ Escuela _____

Información de Padres /guardianes:

1. Nombre _____ Teléfono _____
 Dirección _____ Celular _____
 Dirección de Empleo _____ Tel del Trabajo _____
 Correo Electronico _____
 2. Nombre _____ Teléfono _____
 Dirección _____ Celular _____
 Dirección de Empleo _____ Tel del trabajo _____
 Correo Electronico _____

Otras personas autorizadas a recoger a su niño/a mayores de 16 años:

1. _____ Tel _____
 2. _____ Tel _____
 3. _____ Tel _____

Información acerca de su hijo/a (Medicamentos, Alergias, restricciones, Necesidades especiales, etc.)

Información de Emergencia:

Nombre del Doctor _____ Teléfono _____
 Dirección _____ Hospital de preferencia _____
 Si no se puede contactar al padre o tutor, llamar a:
 Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Estoy de acuerdo que el Coordinador del programa PDY/PAY 21st CCLC autorice al Doctor de su preferencia para que provee el tratamiento de emergencia en caso de que el Doctor de familia no pueda ser contactado inmediatamente.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Entiendo que mi hijo/a puede ser suspendido del Programa 21st Centuria Community Learning Centers como resultado de continuos de disciplinar.

 Fecha _____
 Firma del Padre/Guardian



El propósito de este formulario médico es proporcionar a la Administración y al Personal de PDY/PAY información pertinente, lo que ayudará a satisfacer la necesidades de su hijo y el Programa Afterschool



Nombre del niño: _____		Fecha de nacimiento: _ / _ / _
Sexo: Masculino _____ Mujer: _____		Nombre del programa: _____ PDY _____ PAY
¿Su hijo actual tiene alguna alergia alimentaria o médica?	___ Si/No _____	Alergias alimentarias _____ Alergias médicas _____ _ Tratamiento normal a las reacciones alérgicas: _____
¿Su hijo está actualmente en una dieta especial?	___ Si/No _____	Por favor explique la dieta especial de su hijo: _____
¿Tiene su hijo alguna Condición Especial de Salud: (por ejemplo: diabetes, asma, infecciones que ocurren, afecciones de la piel, etc...)	___ Si/No _____	En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
¿Su hijo ha tenido alguna operación o lesiones graves que requirieron hospitalización?	___ Si/No _____	En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
Does your child wear additional appliances? (ex: glasses, contacts, earplugs, etc...)	Si/No _____	En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
LISTA TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE SU HIJO ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE: medicamentos recetados y de venta libre Nombre del med: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: __ En curso _____		Nombre del med: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: __ En curso _____ Nombre del medicación: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: __ En curso _____
Como padre/tutor legal, proporcione cualquier información médica o de salud adicional:		_ Información médica adicional/Instrucciones: _____ _____ _____

*Por la presente estoy de acuerdo en que he proporcionado la información necesaria que se necesita para la medicina de mi hijo de forma segura en PDY/PAY Afterschool. Por la presente acepto mantener a la Administración y al Personal informados y actualizados con cualquier/todos los cambios médicos para mi hijo. **No proporcionar y divulgar información pertinente sobre su hijo para uso del programa podría afectar la participación de su hijo en las actividades del programa.***



Solicitud del Padre Para Transporte hacia el Programa

Y permiso para obtener información académica

(Aplicaciones incompletas se devolverán al aplicante del Programa de Enriquecimiento Extraescolares)

Indique el nombre del alumno, tal y como aparece en el registro del estudiante en la escuela. La aplicación que tenga que ser devuelta debido a información incompleta o inexacta puede retrasar el servicio de transporte.

Nombre de la Escuela: _____ Fecha: _____


Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Al firmar esta aplicación doy permiso para que mi hijo/a asista al Programa de Enriquecimiento Extraescolar. Entiendo que las Escuelas del Condado de Lee usara autobuses escolares para el transporte de mi hijo/a al Programa Extraescolar. Además doy permiso para que mi hijo/a pase al cuidado y supervisión del Programa 21st CCLC. **Servicios de transportación serán solamente de Lunes a Jueves, los Viernes su hijo/a seguirá su ruta escolar regular de la escuela a la casa.**

Además doy permiso para que las Escuelas del Condado de Lee compartan la información de mi hijo/a, que incluyen pero no se limitan a: pruebas de nivel, problemas de comportamiento, informes del IEP, grados académicos y las puntuaciones del EOG y EOC cuando el director del programa lo solicite. .

Firma del Padre/Tutor

21st Century Community Learning Center
PDY/PAY 21st CCCLC Program



2300 Courtland Dr. / Sanford, NC 27330
 Program Directors: Ms. Kristen Mellette and Mr. Josh Mellette
 (Work) 919-774-9462
 www.pdypay.com

Solo Para uso de la Oficina de Transportación

Día Recibido: _____

TIMS Supervisor

FORMULARIO DE AUTORIZACION DE PADRES

Lea cuidadosamente lo siguiente, ponga su inicial donde se le indica y firme abajo.

Entiendo que como padre o tutor de mi hijo menor (nombre del niño/a): _____, Soy responsable de dar el permiso y consentimiento a los siguientes procedimientos, así como las acciones y la condición física de mi hijo mientras esta en el programa 21st CCLC. Autorizo a lo siguiente:

Doy permiso para que mi hijo/a participe en las actividades del programa. Enumere las posibles exclusiones:

Procedimientos de Emergencia

En caso de emergencia, autorizo al personal del programa que haga contacto directo con las personas nombradas en este formulario de inscripción. Si padre, tutor o persona autorizada no puede ser contactado, empleados del programa están autorizados a tomar las medidas necesarias para la salud de mi hijo/a. Estoy de acuerdo en que yo soy el único responsable de todos los costes resultantes de servicios médicos de emergencia o de ambulancia.

Iniciales _____

Transportacion

Doy permiso para que mi hijo/a participe en todas las excursiones, ya sea caminando o en el transporte del programa

Iniciales _____

Procedimientos y Responsabilidades de Entrada y Salida

Estoy de acuerdo en seguir los procedimientos de entrada y salida. Entiendo que el programa no es responsable por los niños que no fueron firmados en el programa adecuadamente. El niño/a debe ser firmado debidamente por un adulto. No se permite que el niño/a se firme el mismo al llegar al programa. Si su niño/a es transportado en las tardes a su casa en el transporte del programa, si no hay un adulto en el hogar para recibirlo, lo llevaremos de regreso al programa y se multara a los padres.

Iniciales _____

Actualización de la Información del Niño

Entiendo que debo mantener al día toda información del niño, incluyendo números de teléfono de la casa, celular y trabajo y de las personas autorizadas a recoger a su niño.

Iniciales _____

Comunicado de Prensa:

Doy permiso al Programa 21st Century Community Learning Center para el uso y reproducción de todas las fotografías u otros materiales audiovisuales tomadas de mi hijo/a promocionales impresos, actividades educativas, exposiciones, o para cualquier uso para beneficio del programa. Al autorizar este consentimiento deja saber a la comunidad así como a todo el mundo lo que sus hijos están experimentando en el medio ambiente de nuestro programa.

Iniciales _____

Firma del Padre

Fecha