



Solicitud de Inscripción

La Escuela Intermedia Skyline

Para preguntas, por favor contacte: Tony Fajardo: 540-434-6862.

INFORMACIÓN DE ESTUDIANTE & PADRE/TUTOR LEGAL

Nombre del Estudiante: _____ Grado Actual (2018-2019): _____

Sexo: M F Fecha de Nacimiento del Estudiante: ____/____/____ Edad: ____
mes día año

El idioma que se habla en casa: _____ Otros idiomas hablados: _____

Raza/Etnicidad: (opcional): Africano-Americano o Moreno Blanco Hispano o Latino

Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái/las Islas Pacíficas _____

¿Cumple con los requisitos su hijo/a para el almuerzo gratis o de precio rebajado en la escuela? (opcional) Sí No

Nombre de padre/tutor:

Nombre Segundo Nombre Apellido

Relación al niño/a: _____

¿Vive el niño/a con esta persona?:

Sí No Medio Tiempo

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Teléfono (Casa): _____

Teléfono (Celular): _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del Empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Modo de comunicación preferido:

Casa Trabajo Celular Correo Electrónico

Nombre de padre/tutor:

Nombre Segundo Nombre Apellido

Relación al niño/a: _____

¿Vive el niño/a con esta persona?:

Sí No Medio Tiempo

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Teléfono (Casa): _____

Teléfono (Celular): _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del Empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Modo de comunicación preferido:

Casa Trabajo Celular Correo Electrónico

PERSONAS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (SI NO SE PUEDE PONER EN CONTACTO CON LOS PADRES/TUTORES)

Nombre: _____

Nombre Apellido

Dirección de casa: _____

Relación al niño: _____

Teléfono #1: _____ Teléfono #2: _____

El estudiante puede salir de la escuela con esta persona:

Sí No

Nombre: _____

Nombre Apellido

Dirección de casa: _____

Relación al niño: _____

Teléfono #1: _____ Teléfono #2: _____

El estudiante puede salir de la escuela con esta persona:

Sí No

Para preguntas, por favor contacte: Tony Fajardo: 540-434-6862

PRIMEROS AUXILIOS & CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA

Nombre del médico/clínica del estudiante: _____ Número del Médico/Clínica: _____

Nombre de Seguro Médico: _____ Número de la póliza: _____

¿Tiene el estudiante alergias, dietas especiales, o medicamentos? Sí No

Si marcó que sí, por favor, explique: _____

¿Tiene el estudiante condiciones crónicas de salud? Sí No

Si marcó que sí, por favor, explique: _____

Color de Ojos: _____ Color de Pelo: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Certifico que la documentación de salud necesaria, como el examen físico y las inmunizaciones, está en los archivos de la escuela de mi hijo/a. Sí No

Autorizo al personal de "On the Road", el cual está certificado para administrar lo básico de primeros auxilios, a dar primeros auxilios a mi hijo/a si es necesario. Entiendo que me tratarán de contactar por cada manera posible en el evento de una emergencia que requiera atención médica para mi hijo/a. Sin embargo, si no me pueden contactar, autorizo al personal de "On the Road" o al personal las Escuelas Publicas de Harrisonburg a transportar a mi hijo/a al complejo médico más cercano y a conseguir tratamiento médico para mi hijo/a. Acepto que seré responsable de pagar cualquier gasto del tratamiento incurrido por tratar a mi hijo/a.

Sí No

TRANSPORTE

Por favor de seleccionar método de salida diaria. Mi hijo/a saldrá de On the Road por medio de:

Ser recogido por Padre/Tutor autorizado Autobús escolar Otro: _____

Además de los enumerados anteriormente, indique si hay otra persona autorizada para recoger a su hijo:

Nombre: _____ Relación al Niño/a: _____

Dirección de Casa: _____ Teléfono # 1: _____ Teléfono #2: _____

Entiendo que hay momentos en que On the Road Collaborative y/o sus voluntarios tengan que transportar a mi hijo en sus vehículos personales. Los ejemplos incluyen, pero no están limitados a: excursiones o eventos especiales.

Yo doy autorización que los empleados o voluntarios del programa On The Road Collaborative pueden transportar a mi niño/a. Yo no doy autorización que lo empleados o voluntarios del programa On The Road Collaborative transportar a mi niño/a

FIRMA DE PADRE/TUTOR

Nombre de Padre/Tutor: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Para preguntas, por favor contacte: Tony Fajardo: 540-434-6862

CONSENTIMIENTO PARA MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Doy permiso para que el foto de mi hijo sea tomado y para que él/ella sea capturado en video con respecto a las actividades de On the Road y será utilizada para fines publicitarios. Esto incluye, pero no está limitado a: la web, los medios sociales (por ejemplo, Facebook, Twitter), los medios de comunicación locales (prensa, televisión) y los eventos relacionados con el programa. Su niño sólo sería identificado por el primer nombre y/o como miembro de un grupo, en todo caso. Si no desean dar permiso, contacte a Amy Gibson al (540)-271-1112.

CONSENTIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Para obtener información sobre la eficacia y el impacto del programa, El Colaborativo En El Camino (On the Road) solicita su permiso para recopilar y utilizar información sobre la participación y el desempeño de su hijo en el Programa OTRC y en la escuela.

El Tipo de Información Reunida

Personal de On the Road Collaborative (OTRC) pueden obtener la siguiente información acerca de su hijo:

- Información sobre el origen de su hijo obtenido del formulario de inscripción.
- Información reunida sobre la asistencia de su hijo/a en el programa, su rendimiento en las evaluaciones de habilidades durante la programación de OTRC y sus respuestas a las encuestas.
- Información compartida por la escuela o distrito escolar de su hijo/a que describa su origen y demográficos, inscripción y asistencia, comportamiento, y rendimiento académico (incluyendo las notas de materias y la puntuación de exámenes estatales) antes, durante y después de su participación en la programación del OTRC. El Programa OTRC reunirá el número de identificación escolar de su hijo/a el cual se usará para tener acceso a los documentos académicos.

Como Se Usa la Información

Las únicas personas autorizadas a tener acceso a la información de su hijo/a será el personal de OTRC y ciertos individuos autorizados expuestos por los Departamentos de Educación Federal y de Virginia. El Programa OTRC puede usar o revelar información en forma total para promover los propósitos antedichos. Sin embargo, ningún niño se identificará por su nombre en cualquier informe o documento público.

Consentimiento para Participar

Yo doy permiso al OTRC para reunir y usar información sobre su hijo/a en conexión con las actividades de evaluación del programa antedichas. **Su hijo/a puede participar en la programación del OTRC sin importar si dan permiso o no, y ustedes pueden cambiar su permiso designado en cualquier momento.** Por favor, pónganse en contacto con Deanna Reed, la Directora del Programa del OTRC, al correo Deanna@ontheroadcollaborative con cualquier asunto relacionado a la evaluación del programa mencionada en esta página.

FIRMA DE PADRE/TUTOR

Nombre de Padre/Tutor: _____ Firma: _____ Fecha: _____

PERMISO DE LOS PADRES O EL ESTUDIANTE PARA DIVULGAR EXPEDIENTES ESCOLARES

Nombre del estudiante: _____ **Name of School:** La Escuela Intermedia Skyline

Al firmar a continuación, yo doy permiso y autorizo la liberación de los expedientes escolares de mi hijo(a), limitando este permiso sólo los aquellos expedientes descritos abajo, al equipo "On the Road Collaborative" ("OTRC"):

Los expedientes escolares a compartirse con el equipo OTRC están limitados sólo a lo siguiente:

1. Asistencia e Información de Inscripción;
2. Rendimiento Académico, incluyendo calificaciones/notas y resultados del SOL;
3. Reporte de disciplina; y
4. _____

Los expedientes a compartirse serán aquellos relacionados al/los ciclo(s) lectivo(s): 2018 y 2019.

Yo doy mi consentimiento para que estos expedientes sean liberados al equipo OTRC con el fin de que mi hijo(a) tenga participación en el programa después de escuela organizado por el equipo OTRC de la Escuela Media Skyline. Yo entiendo que si mi hijo(a) deja de participar en el programa provisto por el equipo OTRC por alguna razón, que no se compartirán expedientes adicionales con equipo OTRC respecto a mi hijo(a). También entiendo que el equipo OTRC no compartirá estos expedientes con ninguna otra agencia/organización sin mi consentimiento y autorización.

FIRMA DE PADRE/TUTOR

Nombre de Padre/Tutor: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____