



# C.G.S. Programa Después de Escuela

Para inscribirse en:  el preparatorio para el nuevo año escolar  el año escolar 2013/2014  ambos

Primer Nombre de hijo/a: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Maestro(a): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ # de Salón: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre o Guardián: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ # Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

# de trabajo de Madre: \_\_\_\_\_ # de trabajo de Padre \_\_\_\_\_

# Celular de la Madre: \_\_\_\_\_ # Celular de Padre: \_\_\_\_\_

Persona(s) autorizadas de recoger a su hijo/a. (Persona debe enseñar identificación de retrato). **Emergencia / recolección**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ #de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ #de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ #de Teléfono: \_\_\_\_\_

El Estudiante vive con: \_\_\_ Padre \_\_\_ Madre \_\_\_ Padrastra/a \_\_\_ Pariente Adoptivo/a \_\_\_ Tutor Legal \_\_\_ Otro

Lengua Primaria:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Nino asistira (marque todo lo que coresponda):  Lunes  Martes  Miercoles  Jueves  De vez en cuando

La escuela que asiste el estudiante:  Heartland Christian School  Home School  Sacred Heart  USD 315

¿Está su hijo/a bajo el cuidado médico o tomando algún medicamento(s)?  Sí  No

Si su respuesta fue si, por favor marque todas las condiciones siguientes que su hijo/a tiene e indique si el medicamento debe ser suspendida en la escuela.

- |  |           |   |  |
|--|-----------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Picadura de abeja | “Epi-pen” | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Alergias: _____                             |
| <input type="checkbox"/> Asma              | Inhalador | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Necesidades Especiales / Incapacidad: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes          | Insulina  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Visión            | Anteojos  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |

Cuidado Familiar de Salud: Nombre de Médico: \_\_\_\_\_ #de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Medi-Cal:  Si  No

Seguro de Salud # \_\_\_\_\_

Da permiso que el programa CGS ASP use retratos de su hijo/a en materiales educativos o promocionales? (No hay costo). Si \_\_\_ No \_\_\_

**Le da permiso a su hijo/a que firme a las 5:30 PM y camine a casa? Si \_\_\_ No \_\_\_**

### Favor de leer y Firmar debajo:

Yo entiendo que el programa después de escuela, CGS (COOL School) es un programa GRATIS. Estos servicios son posibles por becas del Estado y finanzas del Distrito. Doy permiso que personaje de CGS ASP revise los archivos académicos de mi hijo/a para los propósitos de analizar la efectividad del programa y reportarlos a los fuentes de fondo.

Firma de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Para uso de Oficina Solamente

Fecha de Inscripción: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

Fecha de ultimo día: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_