

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESTUDIANTIL

LEA ATENTAMENTE Y ESCRIBA CON LETRAS DE MOLDE.
COMPLETE ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD.

Lo siguiente se aplica a los programas para después de clases del Distrito Escolar Independiente de Houston:

SECCIÓN I (A COMPLETAR POR LA OFICINA ESCOLAR SOLAMENTE)

DISTRICTO	HOUSTON ISD	ESCUELA	
PROGRAMAS	AFTER SCHOOL PROGRAMS	AÑO ESCOLAR	
FECHA DE INSCRIPCIÓN			

SECCIÓN II: INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

Anote todos los estudiantes que se inscribirán en el programa para después de clases de la escuela.

Apellido, Nombre	Correo electrónico	Fecha de nacimiento	Grado	Género	Raza (Afroamericana, blanca, asiática, Isleña del Pacífico, americano nativo, u otro)	Etnicidad (Hispana o No hispana)

SECCIÓN III: INFORMACIÓN DE SALUD

Complete esta sección para cada estudiante anotado arriba.

Apellido, Nombre	Alergias	Medicinas	Acomodaciones	Problemas de salud	¿Participa en actividades recreativas?
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN IV: INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR

Nombre del padre o tutor					
Teléfono de casa		Teléfono móvil		Teléfono del trabajo	
Domicilio				Correo electrónico	
Nombre del padre o tutor					
Teléfono de casa		Teléfono móvil		Teléfono del trabajo	
Domicilio				Correo electrónico	

Contacto de emergencia (que no sea el padre o tutor)					
Teléfono de casa		Teléfono móvil		Teléfono del trabajo	
Domicilio					
Los niños solo se entregarán a un padre o persona designada por el padre o tutor después de verificar su identidad. Por la presente autorizo al programa a entregar a mi hijo SOLAMENTE a las siguientes personas. Por favor, escriba el nombre y número de teléfono de cada una de ellas.					
Nombre		Teléfono		Relación con el estudiante	
Nombre		Teléfono		Relación con el estudiante	
Nombre		Teléfono		Relación con el estudiante	
Nombre		Teléfono		Relación con el estudiante	
<input type="checkbox"/> AUTORIZO A QUE MIS HIJOS SEAN ENTREGADOS AL CUIDADO DE SU HERMANO MENOR DE 18 AÑOS.					
SECCIÓN V: AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA					
En caso de una emergencia se contactará con el 911 y, por la presente, doy mi consentimiento para que mis hijos sean transportados y se les administre atención médica de emergencia. Entiendo que soy responsable del pago de cualquier gasto incurrido. A continuación, se enumeran mis proveedores médicos preferidos.					
Nombre del médico				Teléfono	
Dirección					
Dentista				Teléfono	
Dirección					
Centro de atención médica de emergencia				Teléfono	
Dirección					
<input type="checkbox"/> DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE EL PROGRAMA ASEGURE CUALQUIER Y TODA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA NECESARIA PARA MIS HIJOS.					
SECCIÓN VI: CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR					
Para cada sección siguiente marque las casillas que indican si otorga o no su consentimiento.					
TRANSPORTE:					
Mis hijos: <input type="checkbox"/> caminarán a casa					
<input type="checkbox"/> serán recogidos					
<input type="checkbox"/> tomarán el autobús de la ciudad					
<input type="checkbox"/> tomarán el transporte de HISD (no disponible en todos los sitios)					
EXCURSIONES:					
(<input type="checkbox"/> DOY (<input type="checkbox"/> NO DOY – MI CONSENTIMIENTO PARA QUE MIS HIJOS PARTICIPEN EN LAS EXCURSIONES (SI CORRESPONDE).					
ACUSE DE RECIBO DE LAS POLÍTICAS OPERATIVAS POR ESCRITO:					
<input type="checkbox"/> Reconozco haber recibido las políticas operativas del programa para después de clases y sus colaboradores, incluidas las relacionadas con la disciplina y la orientación.					

ARCHIVOS:

Reconozco haber entregado a la escuela del programa el historial médico de vacunación, visión, oído y otros registros médicos de mi hijo, y autorizo al programa para después de clases y a sus colaboradores a revisar dichos historiales médicos.

PERMISO PARA LA PUBLICACIÓN EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y VIDEO:

Doy **No doy** – mi consentimiento para que el programa para después de clases y sus colaboradores graben audio y video y tomen fotografías de mis hijos. Entiendo que cualquier fotografía y entrevista, o parte de ella, puede publicarse, incluyendo, entre otros, materiales promocionales, redes sociales, etc., sin compensación monetaria para mí o mis hijos, y entiendo que esto libera al programa para después de clases y sus colaboradores de futuras demandas y obligaciones sobre el uso de dichos videos, fotografías y entrevistas. El código de Educación del Estado de Texas § 26.009(a)(2) requiere que se obtenga una autorización escrita del padre del estudiante antes de realizar la grabación de un video o audio del estudiante a menos que sea por motivos de seguridad, por motivos relacionados con una actividad co-curricular o para después de clases, o para la instrucción regular del aula o la cobertura de medios de comunicación de una escuela. Además, doy mi consentimiento para que mis hijos se graben y carguen las grabaciones en las plataformas electrónicas y virtuales usadas por el programa para después de clases y sus colaboradores.

PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA: Doy permiso para que mis hijos participen en los programas para después de clases incluyendo, entre otros, el programa 21st CCLC/Texas ACE y programas colaboradores, etc.

PARTICIPACIÓN EN LA EVALUACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA PUBLICACIÓN:

Entiendo que a mis hijos o a mí se nos puede pedir que completemos una encuesta sobre algún programa o clase patrocinado por el programa para después de clases con el fin de evaluar y mejorar el programa. Las preguntas pueden estar relacionadas con cualquier aspecto del programa, incluidos los eventos del día escolar y la programación relacionada con la financiación de la 21st CCLC/Texas ACE, etc. Entiendo que completar estas encuestas es voluntario y que mis hijos o yo podemos negarnos a completarlas. Doy permiso al maestro de mis hijos a que les entregue dicha encuesta sobre su conducta y rendimiento escolar, y doy mi consentimiento para que se divulgue la información académica y de identificación personal de mis hijos al programa para después de clases y sus colaboradores, incluyendo calificaciones, conducta estudiantil, registros de asistencia, puntajes de pruebas estandarizadas para informar de las medidas de desempeño requeridas y para fines de evaluación e información médica y de salud solicitada por el programa para después de clases y sus colaboradores. Entiendo que a mis hijos se le pueden realizar evaluaciones previas y posteriores para identificar áreas de necesidad académica y con fines de evaluación. Entiendo que todos los datos recopilados se mantendrán en condiciones seguras de acuerdo con las regulaciones de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA), y como tal se mantendrán estrictamente confidenciales y se destruirán cuando ya no se necesiten. Para mis hijos estudiantes de preparatoria doy mi consentimiento para que el programa para después de clases y sus colaboradores se comuniquen con ellos por correo electrónico.

Doy permiso para que los estudiantes enumerados anteriormente y en el reverso de esta hoja participen en las actividades de los programas para después de clases, las cuales pueden incluir eventos fuera de la escuela, asistencia académica, educación continua y programas recreativos. Si se presenta una emergencia médica, el personal del programa tomará todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad de los participantes y pedirá, si fuera necesario, un vehículo de emergencia pública para su transporte a un centro de emergencias. Entiendo que seré responsable de los gastos de transporte y gastos médicos incurridos. Además, doy mi consentimiento para que el distrito escolar y los programas para después de clases compartan los registros estudiantiles de los participantes con otros con el fin de proporcionar apoyo educativo y asistencia. Además, entiendo que el distrito escolar y el programa para después de clases usará los registros de los participantes para evaluar el progreso individual y el mejoramiento, así como para evaluar el impacto del programa en el logro estudiantil y para obtener financiamiento continuo para el programa.

SECCIÓN VII: FIRMA DEL PADRE O TUTOR

La firma del padre o tutor indica que toda la información en este documento representa una declaración completa y precisa de las circunstancias de la familia en el momento de completar la solicitud. Si firmo electrónicamente, acepto que mi firma electrónica es el equivalente legal de mi firma manuscrita en este Consentimiento y es legalmente vinculante.

FIRMA ELECTRÓNICA: Las partes aceptan realizar negocios electrónicamente en conformidad con la Ley Uniforme de Transacciones Electrónicas de Texas y la Ley federal de Firmas Electrónicas en el Comercio Global y Nacional en relación con este Formulario de Inscripción Estudiantil, incluido, entre otros, el uso de firma electrónica, entrega y retención, que tendrá la misma fuerza y efecto que la firma manuscrita de un documento en papel y la entrega física y la retención de este. Cada parte renuncia a cualquier objeción a la validez, admisibilidad o exigibilidad de una copia firmada, entregada o retenida electrónicamente de este Formulario de Inscripción Estudiantil, o cualquier documento ejecutado en relación con este Acuerdo, sobre la base de que dicho documento fue firmado, entregado o retenido electrónicamente.

**FIRMA DEL PADRE
O TUTOR**

FECHA