



# 2017-18 Solicitud de Matrícula en el Programa

Office Use Only

SSID #: \_\_\_\_\_ Date Rcv'd: \_\_\_\_\_ Start Date: \_\_\_\_\_  
 Wait List:  \_\_\_\_\_ Group: \_\_\_\_\_  Info Complete  Data Entered

Nombre <b>LEGAL</b> del Estudiante: Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Grado (2017-18 Año Escolar)	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento
Escuela			Distrito		Número de identificación del estudiante (requerido)	
Nombre del Maestro (de Primaria, o de Inglés en la Escuela Intermedia)		(de Matemáticas en la Escuela Intermedia)	Nombre del Consejero Escolar (Si aplica)		¿Ha atendido, el estudiante, un Programa de Think Together antes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si, sí, ¿Dónde?	
Dirección de Residencia Principal del Estudiante			Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección de Correo del Padre/tutor legal <input type="checkbox"/> Marque aquí si es el mismo que el anterior			Ciudad	Estado	Código postal	

Madre/tutora legal Apellido	Primer Nombre	Relación (Tutor Legal Únicamente)	Lugar de Empleo	También me puede contactar vía texto. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Correo Electrónico	Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Marque aquí si este es su número principal ( )	Teléfono laboral <input type="checkbox"/> Marque aquí si este es su número principal ( )	Celular <input type="checkbox"/> Marque aquí si este es su número principal ( )		
Padre/tutor legal Apellido		Primer Nombre	Relación (Tutor Legal Únicamente)	Lugar de Empleo	También me puede contactar vía texto. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Correo Electrónico	Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Marque aquí si este es su número principal ( )	Teléfono laboral <input type="checkbox"/> Marque aquí si este es su número principal ( )	Celular <input type="checkbox"/> Marque aquí si este es su número principal ( )		

**AUTORIZACIÓN DE SALIDA DEL ESTUDIANTE (APARTE DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES MENCIONADO(S) ARRIBA, SE REQUIERE MÍNIMO UN CONTACTO)**  
 Entiendo que un adulto autorizado (**de 18 años o mayor con una identificación con foto**) debe firmar diariamente la salida del niño del programa. Aparte de los padre(s)/tutore(s) legales nombrados arriba, autorizo a las siguientes personas adicionales a recoger a mi niño del lugar, inclusive en caso de emergencia (adjunte una página adicional si requiere más espacio):

Primer Nombre y Apellido	Relación	Número de Teléfono Primario	Número de Teléfono Secundario	Fecha Agregada	Fecha Removido
		( )	( )		
		( )	( )		
		( )	( )		
		( )	( )		
		( )	( )		

Entiendo que en caso de emergencia se puede entregar al menor a las fuerzas del orden público si no se puede localizar a los padres, tutores legales o persona(s) autorizadas de emergencia de contacto enumeradas. También entiendo que puedo autorizar que se permita salir temprano a mi niño del programa tanto regular como ocasionalmente, incluso para que asista a un programa/actividad local no supervisada por Think Together. La actividad puede ser administrada por personal del distrito escolar o por un proveedor externo. Entiendo que cuando se deje salir a mi niño temprano, un padre o persona autorizada tendrá que documentar la hora y la razón de la salida temprana. En casos de salida temprana periódica, tendré que completar el formulario de Llegada Tardía/Salida Anticipada de Think Together.

¿Hay alguna persona con la cual su niño no puede estar legalmente en libertad? Una orden emitida por el Tribunal de Justicia (custodia / alejamiento) debe estar en el expediente, en su caso.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA** (Sólo para propósitos informativos. Una Solicitud de Matrícula se requiere por cada niño.)

Primer Nombre y Apellido	Relación	Vive en Casa	Escuela	Grado 2017-18	Actualmente atendiendo el Programa de Think
		<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
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Continuar**

**INFORMACIÓN MÉDICA**

¿El niño a su cargo sufre alguna afección médica, de alergia o tiene otras necesidades o problemas especiales que debiéramos conocer?

Sí  No  Declino Contestar

Si respondió afirmativamente, sírvase a brindar información detallada: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

1. ¿El niño a su cargo está inscrito en el programa de alimentación gratuita o con descuento "Free or Reduced Lunch Program"?  Sí  No  Declino Contestar

2. ¿El niño a su cargo fue designado como estudiante que está aprendiendo inglés "English Learner" (EL)?  Sí  No  Declino Contestar

3. ¿El niño a su cargo fue designado para recibir educación especial como "Special Education Student" con un programa de educación individualizada "Individualized Education Program" (IEP)?  Sí  No  Declino Contestar

4. ¿El niño a su cargo cuenta con los beneficios del Plan 504 para discapacitados?  Sí  No  Declino Contestar

Si respondió afirmativamente a las preguntas 3 o 4 anteriores, sírvase a brindar información detallada: \_\_\_\_\_

**GRUPO ÉTNICO (Opcional): Marque el grupo étnico con el que mejor se identifica el niño. Por favor marque uno:**

Hispano/Latino (Una persona de cultura cubana, mexicana, puertorriqueña, sud- o centroamericana, u otra cultura u origen español, sin importar la raza)  No hispano o latino

**¿CUÁL ES LA RAZA DE SU NIÑO?** (Opcional): La parte anterior de la pregunta es acerca del grupo étnico, no raza. Sin importar lo que seleccionó arriba, por favor conteste lo siguiente marcando una o más casillas para indicar cuál considera que es la raza de su niño.

Nativo Americano o Nativo de Alaska (Persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Norte y Sudamérica (incluyendo a Centroamérica))  Asiático (que incluye Filipino)  Blanco (Persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, África del Norte o El Oriente Medio)  Nativo Hawaiano u Otro Isleño del Pacífico  Negro o Afroamericano

**PUBLICACIÓN DE FOTO/VIDEO/PRODUCTO DEL ALUMNO**

Autorizo a Think Together, y sus empleados, representantes, y cesionarios, a utilizar y a publicar las obras que el niño a mi cargo produce durante las actividades de Think Together, y a utilizar y publicar las fotos tomadas o videos grabados durante las actividades del programa o los eventos especiales patrocinados por Think Together en las que aparece el niño a mi cargo. Tales fotos, productos del alumno o materiales de video pueden utilizarse en publicaciones, presentaciones audiovisuales, material de promoción, publicidades o de cualquier otra forma, sin que el niño, sus padres o tutor tenga derecho a recibir remuneración alguna. También entiendo que incluso si escojo no aceptar esta estipulación, Think Together no puede asegurar que fotografías, productos del estudiante, o video de mi niño no sea/n utilizado/s por otras entidades, incluyendo representantes de los medios.

Niego permiso a Think Together para que las fotografías de mi niño, productos del estudiante, o materiales de video sean utilizados como se indica arriba.

**ACUERDO DE LIBERACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Entiendo que, como parte de la participación del niño a mi cargo en el Programa de "Think Together", la escuela y/o el distrito escolar pueden compartir datos incluyendo, pero no limitados a, demográficos, de salud, e información de contacto, asistencia, boletas de calificaciones, evaluaciones y resultados de las pruebas, con Think Together para permitir a Think Together entender las necesidades del estudiante, seguir el progreso del estudiante y promover la calidad del programa. Además, Think Together administrará encuestas y evaluaciones para evaluar el progreso de los estudiantes y el impacto del programa.

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO**

En caso de enfermedad o accidente, autorizo a Think Together a solicitar auxilio y asistencia médica llamando a los servicios de emergencia 911 o a obtener tratamiento en un servicio médico de cualquier otra forma. Yo reconozco que Think Together no proporciona cobertura médica para los participantes.

**CONTRATO DE PARTICIPACIÓN**

Entiendo que el propósito principal de Think Together es proporcionar un ambiente seguro y positivo donde los estudiantes reciban el apoyo académico que necesitan para alcanzar su máximo potencial. Entiendo que para asegurar la eficacia del programa, y de acuerdo con la intención legislativa establecida en el Código de Educación, los estudiantes deben participar en el día completo del programa cada día que asistan a la escuela; que se dará prioridad de matriculación a los estudiantes que se comprometan a asistir y asistan de esta forma; y que el no satisfacer esta expectativa podría resultar en que el estudiante sea dado de baja del programa.

Otorgo mi consentimiento para la participación del niño a mi cargo en el/los Programa(s) de Think Together. Para programas de día escolar, he recibido y leído el manual Think Together para Padre y Estudiantes, y entiendo que la participación en el/los Programa(s) de Think Together es un privilegio, no un derecho, y que el incumplimiento del niño a mi cargo de las normas, regulaciones y políticas del programa puede tener como resultado medidas disciplinarias, incluyendo pero no limitadas a, la suspensión o el retiro del programa. Reconozco que si yo no recibo un manual, puedo solicitar uno a Think Together. Entiendo que, en virtud de tal participación, yo o el niño a mi cargo podemos estar en riesgo de sufrir daños físicos u otras pérdidas, inclusive daños a bienes. Asumo deliberada y libremente la totalidad de dichos riesgos que enfrentamos yo o el niño a mi cargo. También reconozco que Think Together no provee cobertura médica para los participantes y eximo a Think Together, sus funcionarios, representantes, contratistas o subcontratistas o empleados de toda responsabilidad respecto de todas y cada uno de dichos daños o pérdidas, salvo los daños o pérdidas que tengan por origen una falta deliberada de Think Together, sus empleados o representantes. Entiendo que Think Together y sus socios de la comunidad no son responsables por los incidentes que involucren a mi niño que sucedan antes de su llegada a o después de su salida del programa de Think Together, incluyendo cuando estén bajo la supervisión de, o han sido liberados de la supervisión de, un programa/actividad local no supervisado/a por Think Together.

**Entiendo que mi niño no puede asistir a ningún programa de Think Together hasta que esta forma haya sido completada y enviada. Entiendo que la entrega de este formulario no le garantiza el cupo a mi niño en el/los Programa(s) de Think Together.**

Soy el tutor legal o el padre con custodia legal del niño antes mencionado, y la información en esta solicitud de inscripción es fiel y completa, según mi leal saber y entender. Mi firma abajo también indica que he leído y consentido al conjunto de acuerdos y autorizaciones señalados en este formulario de Solicitud de Matricula en el Programa (a menos que se señale de otro modo). Entiendo que sólo el abajo firmante podrá autorizar cambios a esta forma. También entiendo que por razones de seguridad debo presentar por escrito cualquier cambio de permiso para que mi niño viaje en autobús a casa solo o camine a casa solo (si es permitido en mi sitio) o para que mi niño sea entregado a individuos no autorizados. En situaciones de urgencia y a discreción de Think Together, Think Together puede permitir una autorización verbal de tales cambios sujetos a la comprobación de la identidad de la persona que hace la solicitud.

Firma del padre/tutor legal	Nombre escrito	Fecha	Firma del padre/tutor legal (Opcional)	Nombre escrito (Opcional)	Fecha