



**Programa de actividades extraescolares de ACE de Texas  
20011-12 FORMULARIO DE REGISTRO**

NOMBRE DE ESTUDIANTE: (apellido) \_\_\_\_\_ (primer) \_\_\_\_\_ (segundo) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ (apt #) \_\_\_\_\_

CÍUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ (edad) \_\_\_\_\_

SEXO: (M) \_\_\_\_ (F) \_\_\_\_ RAZA: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE ID DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ IDIOMA: \_\_\_\_\_

MAESTRO(A) PRIMARIO \_\_\_\_\_

PADRE/GUARDIAN LEGAL (nombre) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ (ciudad/estado) \_\_\_\_\_ (código postal) \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO \_\_\_\_\_ (teléfono de trabajo) \_\_\_\_\_

CONTACTO (teléfono de casa) \_\_\_\_\_ (teléfono celular) \_\_\_\_\_ (correo electrónica) \_\_\_\_\_

COLQUE UN "X" EN SU MODO PREFERIDO PARA SER CONTACTADO:

Teléfono de casa \_\_\_\_ de trabajo \_\_\_\_ de celular \_\_\_\_ correo electrónica \_\_\_\_

MADRE/GUARDIAN LEGAL (nombre) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ (ciudad/estado) \_\_\_\_\_ (código postal) \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO \_\_\_\_\_ (teléfono de trabajo) \_\_\_\_\_

CONTACTO (teléfono de casa) \_\_\_\_\_ (teléfono celular) \_\_\_\_\_ (correo electrónica) \_\_\_\_\_

COLQUE UN "X" EN SU MODO PREFERIDO PARA SER CONTACTADO:

Teléfono de casa \_\_\_\_ de trabajo \_\_\_\_ de celular \_\_\_\_ correo electrónica \_\_\_\_

**CÓMO LLEGA A CASA NORMALMENTE SU HIJO(A) AL FINAL DEL DIA?**

(Autobús de escuela) \_\_\_\_\_ (camina) \_\_\_\_\_ (recogido por padre) \_\_\_\_\_ (otra manera): \_\_\_\_\_

Entiendo que si mi hijo(a) DEBE SER LEVANTADO después del programa. Si no es/son levantado(s), el personal del programa después de la escuela puede llamar a policía de Marshall. Después de tres levantadas tarde, su niño puede ser excusado del programa.)

**QUIÉN TIENE PERMISO DE RECOGER A SU HIJO(A) AL FINAL DEL DIA?**

(Nombre/relación) \_\_\_\_\_ (teléfono) \_\_\_\_\_

(Nombre/relación) \_\_\_\_\_ (teléfono) \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SALUD:** Por favor ponga cualquier problema especial en una lista que su hijo(a) pueda tener: como alergias, enfermedades, medicamentos requeridos, heridas serias, y/o hospitalizaciones:

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA:** Por si mi hijo(a) nombrado en esta forma sufre un accidente o una enfermedad repentina, y no puedo ser alcanzado por teléfono, por este medio autorizo a un representante del Distrito Escolar de Marshall para llevar al niño(a) al médico apropiado. El Distrito Escolar de Marshall no será sostenido responsable de ningún coste incurrido:

**FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL:** \_\_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_\_

**CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA Y LOST PADRES NO PUEDEN SER ALCANZADOS:**

(Nombre/relación) \_\_\_\_\_ (teléfono) \_\_\_\_\_

(Nombre/relación) \_\_\_\_\_ (teléfono) \_\_\_\_\_

Soy el padre o el guardian legal del menor de edad nombrado arriba y tengo autoridad legal para ejecutar este consentimiento y premissa. **CON MI FIRMA ESTOY CONSIENTE Q E LEIDO Y ACCEPTADO LAS CONDICIONES DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES DE ACE DE TEXAS**

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**VUELQUE Y COMPLETE EL LADO TRASERO**

AUTORIZACION PARA (nombre de niño/a): \_\_\_\_\_

### POR FAVOR DE LEER PREMISOS

- \* Yo le doy permiso al programa para transportar a mi niño/a en las benes de agencia y/o vehículos operados por los trabajadores para llevar y traje a nuestro hijo/a al programa de después de escuela día de excusión. (Autorización separada por padres o guardián)
- \* Entiendo y estoy de acuerdo que ni el programa ni sus empleados y voluntarios son responsables o legalmente obligados por cualquier pérdida personal o pro cualquier lesión corporal incurrida y sufrida por el niño en el programa o con respecto a cualquier actividad del programa.
- \* Doy permiso al personal del programa después de la escuela de tener acceso a los expedientes de la escuela (grados, faltas, comportamiento, etc.) sobre mi niño/a para mejorar con sus necesidades.
- \* Entiendo que los expedientes y la información prestada bajo este consentimiento serán mantenidos confidenciales hasta lo permitido por la ley y utilizados para el propósito indicado.
- \* Entiendo que si mi niño/a está ausente del programa de después de la escuela, recibiré una llamada telefónica que me notifica de la ausencia al menos que haya dado yo el aviso que mi niño no va a atender al programa.
- \* Entiendo que si tengo alguna pregunta sobre estos premisos, puedo preguntar a mi coordinador del programa.

Entiendo que mi hijo(a) podría ser fotografiado o filmado mientras participan en las actividades del programa y paro cual las imágenes serán utilizadas para fines de publicidad o contratación a menos que la forma de MISD FERPA en los archivos de la escuela del estudiante indica que no se les da este permiso.

### ESTOY DE ACUERDO CON LAS DECLARACION ESCRITAS

### POLICA DE COMPORTAMIENTO

Se espera que su niño/a se comporte apropiadamente siempre y siga las reglas del **Programa de actividades extraescolares de ACE de Texas**

Entiendo que si mi niño/a no sigue las reglas él o ella recibirá una advertencia verbal.

Entiendo q si el mal comportamiento continua, mi niño(a) será referido al coordinador del programa.

Entiendo que si el comportamiento malo continúa, recibiré una llamada telefónica sobre mi niño/a.

Entiendo que si el problema continúa, despedirán a mi niño/a del programa.

**Entiendo que pelear y/o el comportamiento sexual inadecuado darán lugar a despido inmediato del programa.**

**Nivel de Salario (seleccione sol uno):**

- \$0.00 - \$9,999.99
- \$10,000.00 - \$19,999.99
- \$20,000.00 - \$29,999.99
- \$30,000.00 - \$39,999.99
- \$40,000.00 - \$49,999.99
- More than \$50,000.00
- Otro

**Estudiante vive con (marque todos los que apliquen):**

- Madre  Madrastra  Abuelos
- Padre  Padrastra
- Los dos Padres  Guardian: \_\_\_\_\_

Es hogar de padre único? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cuantas personas viviendo en el hogar: \_\_\_\_\_  
Cuantos Hermanos \_\_\_\_\_ Cuantas Hermanas \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
Hermanos y Hermanas en el Programa de ACE de Texas \_\_\_\_\_

**ACE OFFICE USE ONLY**

ACE Site # \_\_\_\_\_  
 ACE Bus # \_\_\_\_\_  
 Date Entered in Computer \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Data Entered by (staff initials) \_\_\_\_\_  
 Date Attended ACE Orientation \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Estoy interesado en ofrecerme voluntariamente con el programa del después de escuela, sobre el consejo consultivo o en otra capacidad, tal como enseñanza de una clase. Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

### TODA INFORMACION ES COMPLETAMENTE CONFIDENCIAL