



Formulario de registro de participación de jóvenes en CLC



Sitio: _____

Dejarlo(a) temprano

Recogerlo(a) tarde

Ambos

A department of MPS

Apellido	Nombre	MI	Fecha de nacimiento	Edad	Número de ID del estudiante
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Marque una opción para cada uno.

Género: Masculino Femenino

Dirección: _____

Código postal: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Nombre del maestro o de la maestra: _____

Nombre del profesor o de la profesora de matemática: _____

Nombre del profesor o de la profesora de inglés: _____

Etnia:

Afroamericano(a)

Asiático(a)

Blanco(a)

Hispano(a)

Nativo(a) americano(a)

Hawaiano(a) nativo(a) o de otra Isla del Pacífico

Otra: _____

Lengua de preferencia:

Inglés

Español

Birmano

Karen

Rohinyá

Árabe

Hmong

Somalí

Otra: _____

Vive con: Ambos padres Padre (padre solo) Familia de acogida Abuelo(a)

Marque esta casilla si desea solicitar una exención de honorarios.

Tutor(a) legal

Custodia compartida Madre (madre sola) Otro: _____

Transporte: Bus: Ruta: _____ Bus/van de CLC Recogerlo Camina a casa Otro: _____

Necesidades especiales (alergias, medicación, dieta, etc.): _____

Página de información del hogar - Complete solo uno por familia

Apellido de madre, padre o tutor(a) legal	Nombre	Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	Relación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CONTACTOS ADICIONALES: Lista de contactos adicionales para el niño o los niños. Utilice las casillas para indicar si los individuos están autorizados a recoger al niño o a los niños y/o si serán contactos de emergencia. Si marca la casilla «Viven juntos(as)», indica que la persona en la lista vive en el mismo hogar que ustedes. Si no hay ningún adulto en la lista, y no marcó ninguna casilla, SOLO MADRE, PADRE O TUTOR(A) LEGAL PODRÁ recoger al estudiante o a los estudiantes.

Apellido	Nombre	Dirección	Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	Relación	¿Recoge al estudiante?	¿Contacto de emergencia?	¿Viven juntos(as)?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[] Marque la casilla si hay restricciones legales vigentes. Lista de personas que no tienen permitido ver a un estudiante en el sitio y/o personas que no tienen permitido recogerlos por restricciones legales.

Apellido	Nombre	Apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autorización de madre, padre o tutor(a) legal para el Community Learning Center (CLC) - Lea con atención -Debe estar firmado por madre, padre o tutor legal de participantes de hasta 17 años de edad

AUTORIZACIÓN: Por la presente autorizo que mi hijo(a) y yo participemos del Community Learning Center (CLC) ya mencionado. En caso de alguna lesión requiera atención médica, por la presente autorizo que el personal de CLC (incluso voluntarios) se ocupen de mi hijo(a) o de mí, incluso para buscar atención médica.

RENUNCIA: Reconozco o reconocemos que situaciones y problemas imprevistos pueden surgir durante las actividades de CLC que razonablemente no están bajo el control del personal de CLC (incluso voluntarios). Por lo tanto, aceptamos eximir de toda responsabilidad a la Junta de directores escolares de Milwaukee, sus agentes, oficiales, empleados y voluntarios, de cualquier responsabilidad, demanda, acción judicial, juicio, costo, interés y gasto (incluso los honorarios y costos de abogados) que surjan a partir de dichas actividades, incluso un accidente o lesión que me afecte a mí mismo(a) o a mi hijo(a) y los costos de los servicios médicos.

DIVULGACIÓN/PUBLICACIÓN DE IMÁGENES: Entiendo, como madre, padre o tutor legal del niño o de la niña mencionado(a), que, en ocasiones, los medios de noticias a nivel local y nacional y/o organizaciones sin fines de lucro se asocian a las Escuelas Públicas de Milwaukee (MPS) y solicitan filmar, sacar fotografías y/o entrevistar a los niños de CLC y MPS. Al firmar esta autorización, también permito que MPS utilice fotografías, diapositivas, imágenes digitales u otras reproducciones mías o de mi hijo(a) menor o materiales de mi propiedad o de mi hijo(a), y que publiquen las fotografías, diapositivas o imágenes finales sin compensación en emisiones, publicaciones, en la web u otros medios impresos o electrónicos relacionados con el papel y la función de CLC. Entiendo que al firmar, en nombre de mi hijo(a) y de mí mismo(a), libero a MPS y a sus directores, oficiales, empleados y agentes de futuras demandas, al igual que de cualquier responsabilidad que surja a partir del uso de fotografías u otras imágenes. Este formulario será válido durante el presente programa CLC. También autorizo que el programa de CLC y MPS (en conjunto) compartan los registros de los participantes entre ellos para propósitos de apoyo educativo y de asistencia. Además, entiendo que es probable que CLC utilice los registros de los participantes para evaluar el progreso y la mejora individual y para evaluar el impacto general del programa para continuar obteniendo financiamiento para el programa.

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y QUE COMPRENDO LA INFORMACIÓN DE ESTE DOCUMENTO:

FIRMA DEL PARTICIPANTE O FIRMA DE TUTOR(A) SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE 18 AÑOS: Firma: _____ Fecha: _____

Rev 2/2020 MPS

OFFICE USE ONLY	
Site #:	_____
Bus #:	_____
Date entered in computer:	__/__/__
Data Staff Initials:	_____