



Programa de Enriquecimiento Académico
HOJA DE REGISTRO

Escuela Primaria Johnson; Lunes a Jueves 3:30-5:30 PM

Tarifa Semanal: \$10/x niño

Por favor envíe este formulario junto con la tarifa de inscripción **no reembolsable de \$50**. Su niño no será registrado sin tener un formulario lleno y la tarifa de inscripción pagada.

Información del Estudiante:

Nombre: _____ Grado actual: _____

Nombre del maestro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____ Etnia: _____

¿Participa su hijo en: ELL _____ SPED _____ Almuerzo gratuito/bajo costo _____

¿Su hijo asiste al programa MAC? AM _____ PM _____
AMBOS _____

Tutor principal: _____

Correo electrónico _____

Dirección de casa: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____

Lugar de empleo: _____ Teléfono del trabajo:

Médico del niño: _____ Teléfono: _____

¿Las vacunas de su hijo están actualizadas y archivadas en su escuela? Sí _____ No _____

Describa todas las inquietudes médicas, conductuales y/o académicas (incluya cualquier alergia):

Información de la persona que recogerá al niño:

Para garantizar la seguridad de su hijo, indique todos los adultos con quienes se le puede entregar a su hijo. (Debe tener al menos 17 años)

Nombre	Relación	Número de teléfono
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		

Información de emergencia:

La persona que figura a continuación está autorizada para actuar en nombre de los padres en caso de una emergencia. (NO PUEDEN SER LOS PADRES)

Nombre: _____ Relación: _____

Números de teléfono): _____

POLÍTICA DE PUBLICACIÓN DE FOTOS: Gentry's utiliza fotografías de los estudiantes en el sitio web de Gentry's Educational Foundation, artículos promocionales y sitios de redes sociales. Publicamos solo fotografías y nombres a menos que los padres soliciten lo contrario.

He leído y entiendo la política de divulgación de fotografías de Gentry's Educational Foundation. Por favor marque solo uno:

Sí, Gentry's tiene permiso para usar la fotografía de mi hijo.

NO, Gentry's NO tiene permiso para usar la fotografía de mi hijo.

Consentimiento del padre/tutor para participar en la encuesta estudiantil

El Departamento de Educación de Tennessee se asocia con la Oficina de Investigación y Servicio Público de Trabajo Social de la Universidad de Tennessee para evaluar programas de aprendizaje extendido financiados por subvenciones (Nita M. Lowery 21st Century Community Learning Centers/Lottery for Education Afterschool Programs). Parte de esa evaluación incluye una encuesta para estudiantes en los grados 3-12. La encuesta es anónima: a su hijo no se le pedirá que proporcione su nombre cuando complete la encuesta. La encuesta pregunta sobre la experiencia de su hijo con el programa de aprendizaje extendido y su respuesta respaldará una programación continua de alta calidad. La encuesta se puede revisar en TN-ELAP.org/UserNews.

Indique a continuación si ACEPTA que su hijo participe en la encuesta.



____ Sí, doy mi consentimiento para que mi hijo participe en la Encuesta estudiantil.

____ NO, no doy mi consentimiento para que mi hijo participe en la Encuesta estudiantil.

Lea atentamente la siguiente información, fírmela y póngale la fecha.

- He recibido una copia del Manual familiar de la Fundación Educativa Gentry's y un resumen de las normas y reglamentos del Departamento de Educación de Tennessee.
- Doy permiso a la Fundación Educativa de Gentry's para acceder a los registros educativos de mi hijo, como los resultados de los exámenes y las boletas de calificaciones. Esta información permanecerá confidencial y no se utilizarán nombres al informar al público.
- En caso de una emergencia y si no se me puede contactar a ningún número de teléfono que he proporcionado en el registro de mi hijo, y no se puede contactar a mis contactos de emergencia, doy permiso al personal de la Fundación Educativa de Gentry's para obtener cualquier tratamiento médico que consideren necesario para mi hijo.
- Renuncio, libero y eximo de responsabilidad alguna a Fundación Educativa de Gentry's, sus empleados, voluntarios y agentes de toda responsabilidad legal, financiera y de todos los costos, lesiones y/u otros daños que puedan ocurrir por la decisión de brindar tratamiento médico a mi(s) hijo(s) y de la elección del proveedor del tratamiento médico por parte del personal de Gentry's.
- Autorizo el uso y divulgación de la información de salud de mi hijo con el fin de obtener tratamiento médico.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____