

FORMULARIOS DE PARTICIPACIÓN ESTUDIANTIL DE PRIMETIME DE 2020-2021

COMPLETE UN FORMULARIO POR ESTUDIANTE

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE

Por favor escriba con letra legible.

1. Nombre de la Escuela: _____ 2. Grado: _____
3. Apellido del Estudiante (NOMBRE LEGAL): _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____
4. Apodo: _____ 5. Otro(s) nombre(s) usado(s) anteriormente (alias): _____ 6. Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
7. Género: M F No Binario 8. Edad: _____ 9. Etnia: _____ 10. Teléfono del hogar: (____) _____
11. Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____
12. Dirección postal (si es diferente que el domicilio): _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

INFORMACIÓN SOBRE LOS HERMANOS

Incluya sólo los hermanos que actualmente participan en PrimeTime en esta escuela, si les aplica.

Nombre legal del hermano/a 1: _____ Grado: ____ Nombre legal del hermano/a 4: _____ Grado: ____
Nombre legal del hermano/a 2: _____ Grado: ____ Nombre legal del hermano/a 5: _____ Grado: ____
Nombre legal del hermano/a 3: _____ Grado: ____ Nombre legal del hermano/a 6: _____ Grado: ____

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Debe proporcionar información de tres contactos. Para más información de contacto, usen la sección de *Información Adicional de los Contactos de Emergencia* en la página 2.

1. PADRE/TUTOR O PADRE DE CRIANZA QUE INSCRIBE AL ALUMNO

Nombre completo _____ Parentesco con el alumno _____ Vive con el alumno Sí No
Si no, proporcione el domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____
Idioma materno: _____ Teléfono de hogar: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____ Dirección de email: _____
Empleador: _____ Teléfono de trabajo: (____) _____

2. OTRO PADRE/TUTOR O PADRE DE CRIANZA

Nombre completo _____ Parentesco con el alumno _____ Autorizado para recoger al alumno Sí No
Vive con el alumno Sí No Si no, proporcione el domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____
Idioma materno: _____ Teléfono de hogar: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____ Dirección de email: _____
Empleador: _____ Teléfono de trabajo: (____) _____

3. CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre completo _____ Parentesco con el alumno _____ Autorizado para recoger al alumno Sí No
Vive con el alumno Sí No Si no, proporcione el domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____
Idioma materno: _____ Teléfono de hogar: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____ Dirección de email: _____
Empleador: _____ Teléfono de trabajo: (____) _____

FORMULARIOS DE PARTICIPACIÓN ESTUDIANTIL DE PRIMETIME DE 2020-2021

Apellido del Estudiante (NOMBRE LEGAL) _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

INFORMACIÓN ADICIONAL DE LOS CONTACTOS DE EMERGENCIA

1. Nombre: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
2. Nombre: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
3. Nombre: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

INFORMACIÓN SOBRE LOS ANTECEDENTES MÉDICOS DEL ESTUDIANTE

PrimeTime opera en el plantel escolar; pero, la información sobre la salud y los medicamentos de sus hijos posiblemente no sea accesible para PrimeTime. Para asegurar que PrimeTime proporcione un entorno físicamente y emocionalmente seguro para su hijo/a, por favor llenen toda la información y adjunten los documentos si se necesitan. Para solicitar que el personal de PrimeTime les administre medicamento a su hijo/a mientras asista a PrimeTime, los padres/tutores y el proveedor de cuidado de salud deben llenar y firmar la **Forma de Autorización para Administrar Medicamento** disponible del líder del programa. La participación en PrimeTime se puede atrasar si no se pueden hacer las acomodaciones adecuadas antes de la participación del alumno. Retener o no proporcionar documentos puede resultar en ser dados de baja de PrimeTime.

1. A) ¿Tiene su hijo/a una condición médica, alergia o necesidad especial de la que deberíamos estar informados?

Asma ADD/ADHD Diabetes Alergia severa/Epinefrina Auto inyector Trastorno de convulsiones Ninguna Otra _____

Si marcaron alguna condición arriba, por favor describan el tipo (si aplica): _____

B) ¿Requerirá su hijo medicamentos durante PrimeTime? Sí No

Si los requiere, los padres/tutores y el médico/proveedor de cuidado de salud deben llenar la **Forma de Autorización para Administrar Medicamento**. Por favor proporcionen los nombres de cada medicamento requerido. _____

2. Por favor anoten cualquier alergia a comidas, medicinas o ambiental, restricciones alimenticias o limitaciones en las actividades físicas. _____

3. ¿Tiene su hijo/a una condición médica que requiera ayuda del personal? Sí No Si contestó sí, por favor describan la condición médica: _____

4. ¿Tiene su hijo/a alguna de las condiciones a continuación durante el día escolar regular? Plan 504 IEP Apoyo individual Ninguna

Si marcaron cualquiera de los anteriores, por favor describan la condición médica y/o la discapacidad de su hijo/a, por favor adjunten una copia: _____

5. Especifiquen cualquier otra enfermedad, herida, necesidad social/emocional, medicamento tomado regularmente en casa o condición médica que el personal del programa PrimeTime debe saber para hacer acomodaciones para su hijo/a.

6. Por favor proporcionen cualquier información adicional que pueda ayudar el éxito de su hijo/a en el programa PrimeTime.

FORMULARIOS DE PARTICIPACIÓN ESTUDIANTIL DE PRIMETIME DE 2020-2021

Apellido del Estudiante (NOMBRE LEGAL) _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

RECONOCIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES

Por favor lean cuidadosamente y acuerden al firmar a continuación.

Autorización para Tratamiento Médico de Emergencia

- En caso de un accidente o una emergencia, autorizo que el personal de PrimeTime que facilite el transporte de mi hijo/a al hospital de emergencias más cercano para tratamiento de emergencia y las medidas que se consideren necesarias para la seguridad y protección de mi hijo/a, a mi propio costo.
- Comprendo que el Programa PrimeTime del Distrito Escolar Unificado de San Diego y los Aliados de PrimeTime no mantienen seguro de salud para heridas a los participantes que puedan surgir de la participación en PrimeTime.

Evaluación del Programa/Estudiantil

Por la presente otorgo mi consentimiento al personal de PrimeTime que hablen sobre el progreso académico y de conducta de mi hijo/a con el personal escolar para determinar las áreas de necesidad. Comprendo que la información sobre el progreso escolar de mi hijo/a, y también las encuestas entregadas a los padres, tutores y administradores, se pueden usar para evaluar el programa y los datos se mantendrán confidenciales y el nombre de mi hijo/a no se divulgará ni serán identificado bajo ninguna condición.

AUTORIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS/VIDEOS/MEDIOS

Durante el año escolar, la escuela tendrá eventos que las noticias y SDUSD y/o los Aliados de PrimeTime quieran presentar. Es posible que un representante venga al plantel a tomar imágenes fotográficas y/o cinematográficas destacando el evento y enfocando los alumnos de PrimeTime. Valoramos la participación de sus hijos, y les pedimos su permiso para incluirlos. Por favor indiquen al marcar la(s) casilla(s) de abajo si su hijo/a tiene permiso para participar:

- Sí, yo otorgo mi permiso para que los medios entrevisten y tomen fotos/videos de mi hijo/a.
- Sí, yo doy permiso para que el Distrito y/o los Aliados de PrimeTime tomen fotografías de mi hijo/a. Las fotos se pueden usar en el sitio web del Distrito o de los Aliados de PrimeTime.
- Sí, yo otorgo mi permiso para que SDUSD y/o los Aliados de PrimeTime destaquen el trabajo de mi hijo/a usando sólo su nombre sin apellido (ej., arte, ensayos, etc.)
- Sí, yo doy permiso para que el Distrito y/o los Aliados de PrimeTime tomen videos de mi hijo/a. Los videos pueden ser vistos por el personal del Distrito o el público.
- No, yo no quiero que le tomen fotografías o videos a mi hijo/a.

Manual de Padres de PrimeTime de 2019-2020

- He leído y acordó en atenerme por las políticas y los procedimientos en el Manual de Padres de PrimeTime de 2020-2021; disponible en www.sandiegounified.org/primetime.
- Comprendo que es mi responsabilidad mantener toda la información actualizada, de no hacerlo el participante puede ser dado de baja.
- Acordó en informarle a mi hijo/a que debe seguir todas las reglas de la escuela y del programa.

Al firmar a continuación, reconozco y acordó con las Políticas de Asistencia Estudiantil Antes/Después de la Escuela, la Autorización para Tratamiento Médico de Emergencia, la Evaluación del Programa/Estudiantil, Autorización de Fotografías/Videos/Medios (sólo las casillas marcadas) y el Manual de Padres de PrimeTime de 2020-2021.

Firma de Padre/Tutore/Padre de Crianza: _____ Fecha: _____

Firma del Líder del Programa: _____ Fecha: _____