



PERMISO DE PADRES E INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE OAKLAND

PROGRAMAS DESPUÉS DE ESCUELA DE ASES y/o 21st CENTURY – PREPARATORIA

Le doy permiso a mi hijo para participar en el Programa después de escuela _____.

Nombre de la escuela: _____

Nombre del estudiante _____ Grado _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del padre/Guardián _____ Firma _____ Fecha de hoy _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____ Teléfono celular _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, contáctese con:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono: trabajo/casa/celular _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono: trabajo/casa/celular _____

¿Su hijo tiene cobertura de salud? Sí No

Nombre del seguro médico _____ # de Póliza/seguro _____ Nombre del Asegurado Principal _____

Autorizo al personal del programa extracurricular a proporcionar y / u obtener tratamiento médico de emergencia que puede ser necesario para mi hijo durante el programa después de la escuela.

Nombre del padre / tutor _____ Firma _____ Fecha _____



LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Entiendo la naturaleza del programa después de la escuela y esa participación es voluntaria. Entiendo que el Distrito Escolar Unificado de Oakland no es responsable de la pérdida, daño, enfermedad o lesión de una persona o propiedad como resultado de la participación en el programa después de la escuela. Por la presente, libero y descargo al Distrito Escolar Unificado de Oakland y sus oficiales, empleados, agentes y voluntarios de todos y cada uno de los reclamos por lesión, enfermedad, muerte, pérdida o daño como resultado de las actividades del programa después de la escuela.



Firma del padre / tutor / cuidador

Fecha

POLÍTICA DE ASISTENCIA EN EL PROGRAMA DESPUÉS DE ESCUELA

Entiendo que se espera que mi hijo participe plenamente en el programa después de la escuela:

- ❖ Se espera que los estudiantes de primaria y secundaria participen en el programa después de la escuela **todos los días hasta las 6 pm, por un total de 15 horas por semana.**
- ❖ Se espera que los estudiantes de preparatoria participen en el programa después de la escuela **por lo menos 3 días por semana hasta las 6 pm, por un total mínimo de 9 horas por semana de participación.**

Entiendo que los estudiantes elegibles que pueden cumplir con estos requisitos de asistencia tienen prioridad para la inscripción y que, si mi hijo no puede participar completamente, mi hijo puede perder su lugar en el programa.

Entiendo que mi hijo (en segundo grado o superior) debe iniciar sesión en el programa todos los días y mi hijo (aplicable a estudiantes de secundaria) o su padre / madre / tutor legal deben registrar la salida del programa todos los días.

SALIDA DE LOS ESTUDIANTES

Como padre / tutor, entiendo que el Programa Después de Clases comenzará inmediatamente después de que termine la escuela y terminará a las 6:00 p.m.

Doy permiso al personal del Programa Después de la Escuela para dejar salir a mi hijo del programa después de la escuela sin supervisión. Entiendo que mi hijo de escuela preparatoria se auto firmará para salir del programa y será liberado por su cuenta.

Entiendo que mi hijo de escuela preparatoria se puede firmar a sí mismo para salir del programa Después de Clases y se irá antes de las 6:00 P.M.

Como padre / tutor, por la presente libero y descargo al Distrito Escolar Unificado de Oakland y sus oficiales, empleados, agentes y voluntarios de todos los reclamos por lesiones, enfermedad, muerte, pérdida o daño como resultado de la salida de mi hijo del Programa Después de la Escuela sin supervisión.



Firma del padre / tutor / cuidador

Fecha



PERMISO PARA EVALUAR PROGRAMAS Y MONITOREAR EL PROGRESO DEL ESTUDIANTE

Para el año escolar, doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar Unificado de Oakland divulgue los datos académicos confidenciales de mi hijo al Programa para después de la escuela (puntajes de exámenes, boletas de calificaciones, asistencia y otros índices de rendimiento), e ingrese los datos de mi hijo la base de datos creada para los programas después de la escuela con el único propósito de proporcionar apoyo específico e instrucción académica y evaluar la efectividad académica del Programa Después de la Escuela. También doy permiso para que el personal del Programa Después de la Escuela supervise el progreso de mi estudiante y solicite a mi hijo que participe voluntariamente en las encuestas de evaluación con el fin de determinar la efectividad del programa. Entiendo que el consentimiento para divulgar información y evaluar programas no es un requisito para participar en el programa después de clases y que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito al Programa después de clases y a la oficina de Programas después de clases de OUSD.



Firma del padre / tutor / cuidador

Fecha

PERMISO PARA FOTOS Y VIDEOS

Durante la asistencia de su hijo al Programa Después de la Escuela, él / ella puede participar en una actividad que está siendo fotografiada o grabada en video; estas fotografías / grabaciones de video pueden usarse con fines promocionales.

Mi hijo _____ sí puede _____ no puede ser fotografiado / grabado en video por el programa después de escuela con fines promocionales.

Autorizo al OUSD o a cualquier tercero que haya sido aprobado para fotografiar o grabar en video a mi hijo durante las actividades del programa Después de Clases y para editar o usar cualquier fotografía o grabación a exclusivo criterio de OUSD. Entiendo que ni mi hijo ni yo tendremos derecho legal o intereses derivados de la grabación, incluidos los intereses económicos. También estoy de acuerdo en absolver de responsabilidad al OUSD y a cualquier tercero que haya aprobado de y en contra de todos los reclamos, demandas, daños y responsabilidades que surjan del uso de la grabación.



Firma del padre / tutor / cuidador

Fecha

NOTA ESPECIAL CON RESPECTO A LAS HONORARIOS DEL PROGRAMA

Los programas que cobran tarifas familiares eximirán o reducirán el costo de estas tarifas para los estudiantes que son elegibles para comidas gratuitas o a precios reducidos. Los programas no pueden cobrar una tarifa si el niño es un joven sin hogar, según lo define la Ley federal de asistencia a personas sin hogar McKinney-Vento (42 USC Sec.1143a), recién llegados (refugiados, asilados y menores no acompañados), o si el niño está bajo cuidado temporal del estado. **Ningún estudiante puede ser rechazado por no poder pagar el costo del programa.**



Programas Después de Escuela

NOMBRE DEL PROGRAMA DESPUÉS DE ESCUELA _____
 ESCUELA _____

FORMULARIO DE SALUD ESTUDIANTIL

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Grado _____ Idioma hablado en el hogar _____

INFORMACIÓN DE PADRES / TUTORES

Nombre de padre / tutor (nombre, apellido) _____

Dirección del hogar del estudiante _____

Teléfono (de casa) _____

de Celular de padre / tutor _____ # de Trabajo de padre / tutor _____

EMERGENCIA

En caso de emergencia, contáctese con:

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____

Número de teléfono: _____

SALUD

Por favor, verifique si su hijo tiene alguna de estas condiciones de salud y requiere gestión después de la escuela:

CONDICIÓN MÉDICA	MEDICACIÓN
<input type="checkbox"/> Alergia severa a: _____	<input type="checkbox"/> El estudiante tiene EpiPen® en la escuela
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> El estudiante tiene un inhalador en la escuela
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> El estudiante tiene medicamentos en la escuela
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> El estudiante tiene medicamentos en la escuela
<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/> El estudiante tiene medicamentos en la escuela
<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> El estudiante tiene medicamentos en la escuela
<input type="checkbox"/> Otras condiciones: _____	<input type="checkbox"/> El estudiante tiene medicamentos en la escuela

Historia Médica Importante _____

Lista de alergias _____

Medicamentos necesarios durante el día escolar: _____

Medicamentos necesarios después del horario escolar: _____



INSTRUCCIONES ESPECIALES

Todos los estudiantes con asma, diabetes y alergias severas deben tener medicamentos de emergencia disponibles para el personal del programa después de la escuela en caso de ataque de asma, bajo nivel de azúcar en la sangre o reacción alérgica junto con un plan de control médico (Plan de Diabetes, Alergia Grave o Acción contra el Asma) firmado por usted y su médico. El programa para después de la escuela necesitará medicamentos para su hijo que sean separados del medicamento que usted le proporciona al programa regular del día escolar.

Consulte a su Enfermera Escolar / Servicios de Salud para más información.

AUTORIZACIÓN PARA TRATAR A UN MENOR

Doy permiso para que el personal de la escuela después de la escuela administre los medicamentos que mi hijo puede necesitar durante el programa después de la escuela.

En el caso de que yo, u otro padre / tutor, no pueda ser contactado, doy permiso al personal del programa después de la escuela para asegurar el tratamiento adecuado para mi hija / hijo / pupilo.

Fecha: _____ Firma del padre o tutor: _____

Escribir nombre: _____

¿Su hijo tiene problemas de visión? _____

¿Alguna vez le han notificado que su hijo tiene dificultades para ver? _____

¿Se supone que su hijo debe usar anteojos? _____

Por favor devuelva este formulario inmediatamente al programa después de la escuela. ¡Gracias!