



## FORMULARIO DE INFORMACION DEL ESTUDIANTE

LUGAR: \_\_\_\_\_

Después de clases 2009 - 2010  
Campamento de Verano 2010

### INFORMACION DEL NIÑO/A

APELLIDO \*: \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE\*: \_\_\_\_\_ INICIAL SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \*: \_\_\_\_\_ APTO \_\_\_\_\_

CIUDAD\*: \_\_\_\_\_ STATE: FL CODIGO POSTAL\*: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

SEXO DEL MENOR\*: Masculino Femenino FECHA DE NACIMIENTO\*: MES/DIA/AÑO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RAZA DEL MENOR\*:  Asiático  Negro/Afro-Americano  Blanco  Otro, favor de especificar \_\_\_\_\_

GRUPO ÉTNICO DEL NIÑO \*:  Haitiano  Hispano  Otro, favor de especificar \_\_\_\_\_

PAIS DE ORIGEN DEL MENOR: \_\_\_\_\_

¿EL NIÑO/A HABLA INGLÉS? \*:  Si  No

OTROS IDIOMAS QUE SE HABLAN EN EL HOGAR\*:  Español  Haitiano/Creole  Otro \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL MENOR \*: \_\_\_\_\_ Sin SS; Prefiere no dar el SS

NÚMERO DE IDENTIDAD MDCPS\*: \_\_\_\_\_ Sin ID de MDCPS Prefiere no dar MDCPS

GRADO ESCOLAR DEL MENOR\*: \_\_\_\_ ESCUELA A LA QUE ASISTE EL MENOR\*: \_\_\_\_\_

¿TIENE EL MENOR SEGURO DE SALUD? \* (EJ. Seguro privado, KidCare, Medicaid)  Si  No  
(Si no lo tiene, The Children's Trust puede ayudarle a encontrar una cobertura asequible-llamar 211)

¿TIENE EL NIÑO/A ALGUNA DISCAPACIDAD DOCUMENTADA? \*  SI  NO

Si la respuesta es afirmativa, ¿tiene alguno de los siguientes planes o documentos? (marque las apropiadas):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Plan de servicio familiar individualizado<br>(Individualized Family Service Plan-IFSP)         | <input type="checkbox"/> Plan sección 504 (Section 504 Plan)   |
| <input type="checkbox"/> Plan de Educación Individualizada del sistema escolar<br>(Individualized Education Plan – IEP) | <input type="checkbox"/> Diagnóstico médico  |
|   | <input type="checkbox"/> Diagnostico de un profesional con licencia o certificado por el Estado (ex. Psicólogo / a)  |
|   | <input type="checkbox"/> Información provista por el padre/madre o guardián legal describiendo la condición específica del menor y/o la necesidad de adaptaciones relacionadas a la discapacidad |

Si la respuesta es afirmativa, ¿Cómo clasificaría el tipo de discapacidad? (marque las apropiadas):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Desórdenes del espectro del autismo           | <input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje         |
| <input type="checkbox"/> Condición médica crónica                      | <input type="checkbox"/> Discapacidad Física                  |
| <input type="checkbox"/> Retraso del Desarrollo (solo menor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Discapacidad del habla y el lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Desorden emocional o del comportamiento       | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual (o ceguera)      |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva (o sordera)             | <input type="checkbox"/> Otra discapacidad                    |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual (o retraso mental)   |   |

- \* **Información obligatoria**

El **Programa después de clases** está financiado por El Fidecomiso de los Niños (The Children's Trust). The Children's Trust es una fuente de financiación, creada por los votantes en referéndum para mejorar la vida de los niños y las familias en Miami-Dade.

**INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO**

Entiendo que se hará el esfuerzo necesario para localizarme y pedirme instrucciones, si mi hijo/a se llegara a enfermar o lesionar mientras se encuentre en la localidad del programa o en una excursión. Si, el personal o un profesional médico, cree que el retraso en contactarme comprometa el bienestar del niño, autorizo por este medio al personal o al profesional médico, a realizar cualquier tratamiento médico que se juzgue necesario, incluyendo la administración de anestésicos y cirugía.

EXCEPTO SEGÚN LO ANOTADO ABAJO, este niño está en buena salud, no tiene ninguna alergia y ninguna condición crónica que afectaría tratamiento, y no toma ningún medicamento de manera rutinaria. Sus vacunas están al día.

Nombre del Niño	Alergias a alimentos	Alergias a drogas	Otras alergias serias	Condiciones crónicas

**REPORTE DE VACUNAS:**  Si  No

**INFORMACIÓN de SEGURO (si la familia tiene cobertura médica)**

**PORTADOR:** \_\_\_\_\_ **PÓLIZA:** \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros

Número de Póliza

**NOMBRE DEL DOCTOR:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN FAMILIAR:**

**NOMBRE DEL PADRE** \_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

**NOMBRE DE LA MADRE:** \_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

¿Vive el menor con un guardián legal distinto de la madre o el padre?  Si  No

Si la respuesta es afirmativa **NOMBRE DEL GUARDIÁN:**

\_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

**DIRECCIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN:** \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

**TELÉFONO CASA\*:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO TRABAJO\*:** \_\_\_\_\_

**CELULAR:** \_\_\_\_\_ **DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL** \_\_\_\_\_ *(no requerido, pero solicitado con el propósito de mantenimiento de registros)*

**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA**

Números de teléfono donde puedo ser localizado durante el día: \_\_\_\_\_

Si no puedo ser localizado, favor de tratar contactar a las siguientes personas:

1. \_\_\_\_\_  
 Nombre Número de teléfono

2. \_\_\_\_\_  
 Nombre Número de teléfono

**Opcional:**

NÚMERO DE NIÑOS VIVIENDO EN ESTA DIRECCIÓN: \_\_\_\_ NÚMERO DE ADULTOS VIVIENDO EN ESTA DIRECCIÓN: \_\_\_\_

ESTIMADO DEL INGRESO ANUAL FAMILIAR: \$ \_\_\_\_\_ (Se le dará prioridad para inscripción a las familias de bajos recursos)

ESTATUS FAMILIAR:  Casados  Conviviendo  Mujer Soltera  Hombre Soltero  Guardián/ Foster Care

*Si su hijo/a tiene el padre o la madre en la cárcel o prisión, el niño/a puede ser elegible para oportunidades especiales que esta organización tiene para ofrecer.*

Por favor, marque esta casilla si está interesado en escuchar más información sobre nuestro proyecto de “niños de reclusos” que le puede conectar con recursos de su comunidad.

**Política De No-Discriminación:**

Niños en las edades de 5 años en adelante serán aceptados en el programa Después De Clases sin importar la raza, el credo, el estado migratorio, la salud, la religión, discapacidad física, grupo étnico o la capacidad de pagar por los servicios. Niños sin documentos legales, o cuyos padres estén sin estado legal documentado, no serán discriminados en la selección de este programa. Tal como en el sistema escolar público del condado de Miami-Dade, todos los niños son bienvenidos. Los niños con discapacidades físicas, emocionales o de comportamiento pueden encontrar programas diseñados especialmente para cumplir sus necesidades a través de otros programas financiados por el Children’s Trust; se hará el mayor esfuerzo para encontrar la ubicación más conveniente para cada niño.

**Permiso Paterno:**

Al firmar esta solicitud, convengo y certifico lo siguiente:

- 1) **Reconozco** que la información de la solicitud, y la información médica que he proporcionado arriba son verdaderas y completas hasta donde conozco y estoy capacitado.
- 2) **Entiendo** que la participación de mis niños en el programa patrocinado por FCFC y sus socios y financiado por Children’s Trust implica educación física, deportes organizados, comidas, y excursiones. Como estas actividades pueden traer un cierto grado de riesgo a la salud física y emocional del niño, le doy permiso, considero inofensivo y renuncio por este medio a todas las demandas asociadas a actividades del programa del verano de FCFC, a Children’s Trust, a la localidad del programa y todos los empleados, oficiales, directores, agentes, y voluntarios asociados al programa.
- 3) **Estoy de acuerdo** en hacer todo lo posible para asegurar que mi hijo/a participe en el programa diariamente, a menos que el/ella esté demasiado enfermo/a para asistir. También estoy de acuerdo con que yo o mi representante designado firmará para que mi hijo/a pueda salir, diariamente.
- 4) **Convengo** con todos los estándares del programa. Estoy enterado de los honorarios (\$10.00/1 hora, \$5.00/30 minutos) que se cobrarán por la tardanza del padre para buscar a su hijo/a. El programa termina a las 6:00 PM todos los días. Un calendario, con el horario, está incluido con esta solicitud.
- 5) **Entiendo** que los sitios del programa se están realizando en espacios de instituciones religiosas con el principal propósito de proporcionar el enriquecimiento académico y proveer un ambiente seguro durante el tiempo extraescolar. En algunos casos, la instrucción religiosa puede ser ofrecida como una opción para los niños, pero solamente con el permiso escrito del padre. A menos que el permiso escrito, se haya dado para que mi hijo/a participe en la instrucción religiosa, una actividad no-religiosa opcional se llevará a cabo. Los fondos de Children’s Trust no serán utilizados para los salarios del profesor, los libros, el plan de estudios u otros costos relacionados con la instrucción religiosa.

Autorizo el envío de esta información a **The Children’s Trust** para fines de seguimiento y evaluación del programa

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

Para uso del personal únicamente (INFORMACION INDISPENSABLE)

**TCT ID #** \_\_\_\_\_

CUOTA DE INSCRIPCION \$ \_\_\_\_\_ SIN CARGO DE INSCRIPCION \_\_\_\_\_

Los padres deben aprobar el Consentimiento voluntario para fotografía y comunicación (Voluntary Consent for Photography and Communication), ya que las respuestas deben ser ingresadas en el sistema (Data Tracker)

RESPUESTAS DE CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO: 1. Fotografía  Sí  No