

I. D del Alumno/a #:



Formas de Participación Estudiantil 2009-2010

I. INFORMACIÓN DEL/A ALUMNO/A

Por favor llene en letra imprenta. Sección de información de su hijo/a.

1. Nombre de la Escuela :		2. Grado:	
3. Apellido (SOLAMENTE NOMBRE LEGAL)		Nombre	Inicial
		Sufijo (Jr, II, III)	
4. Apodo:	5. Nombres usados anteriormente (También conocido/a como):		6. Fecha de Nacimiento:
7. Genero : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	8. Edad:	9. Etnicidad:	10. Teléfono :
11. Domicilio de su residencia:		Ciudad, Estado:	Código Postal:
12. ¿En que grado estaba su hijo/a cuando participó en el Programa de PrimeTime por primera vez? Grado:			

II. INFORMACIÓN DE HERMANO/A (S)

Llene esta sección si es aplicable. Incluya sólo hermano/a(s) que estén del K a 9º Grado participando en PrimeTime en esta escuela.

Hermano/a 1 nombre legal:	Grado:	Hermano/a 4 nombre legal:	Grado:
Hermano/a 2 nombre legal:	Grado:	Hermano/a 5 nombre legal:	Grado:
Hermano/a 3 nombre legal:	Grado:	Hermano/a 6 nombre legal:	Grado:

III. CONTACTO PARA INFORMACIÓN

Por favor llene toda esta sección. Debe anotar información de tres personas. Para personas adicionales, use la Sección IV, en la Página 2

	1. PADRE/TUTOR O PADRE DE CRIANZA	2. OTRO PADRE/TUTOR O DE CRIANZA	3. CONTACTO PARA EMERGENCIAS (QUE NO SEA PADRE/MADRE)
Nombre Completo			
Parentesco con el/a Alumno/a		Autorizado/a para recoger al alumno: Si / No	Autorizado/a para recoger al alumno: Si / No
¿Vive con el/a alumno/a? (circule una de dos Si o No)	Si / No Si es No, anote el domicilio donde vive _____	Si / No Si es No, anote el domicilio donde vive _____	Si / No Si es No, anote el domicilio donde vive _____
Teléfono de Casa	()	()	()
Teléfono del Trabajo	()	()	()
Celular	()	()	()
E-mail			Esta información no es necesaria
Nombre de la Empresa o Trabajo			Esta información no es necesaria
Idioma del Contacto Principal.			

PRIMETIME

Formas de Participación Estudiantil 2009-2010

Nombre de la Escuela:	Grado
Apellido (SOLAMENTE NOMBRE LEGAL)	Nombre
	Inicial
	Sufijo (Jr, II, III)

IV. INFORMACION DE CONTACTO ADICIONAL EN EMERGENCIAS

Por favor anote los adultos autorizados para recoger al/a niño/a de PrimeTime y para comunicarse con ellos en caso de emergencias

Nombre	Domicilio	Teléfono	Parentesco
1.			
2.			
3.			

V. INFORMACIÓN MEDICA DEL/A ALUMNO/A

PrimeTime funciona en el plantel; sin embargo, la información médica no se comparte entre la escuela y el programa PrimeTime. Para garantizar que el programa PrimeTime brinde un entorno físico y emocional seguro para su hijo/a, llene toda la información necesaria y anexe documentos si son necesarios

1. ¿Su hijo/a se encuentra bajo supervisión médica regular? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha de la última consulta :
2. ¿Tiene asma, diabetes o alguna condición médica que necesite que se le administren medicamentos o procedimientos de salud en la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si anotó SI, describa:
Para solicitar al personal del Programa PrimeTime que le administre medicamentos a su hijo/a mientras acude al Programa PrimeTime, debe llenar la "Forma de Autorización para Administrar Medicamentos" que está a su disposición con el líder del programa.	
3. Favor de anotar las alergias, restricciones de dieta o limitaciones en actividad física:	
4. Especifique enfermedades, lesiones, necesidades sociales/emocionales o condiciones médicas sobre las cuales el personal de PrimeTime debe saber:	
Favor de llenar las preguntas 5-9. Marque SI o NO para cada pregunta. Si anotó SI, la participación en el programa podría diferirse hasta que se puedan tener las condiciones adecuadas. También, si esta información no se proporciona, podría darse de baja de su hijo/a del Programa PrimeTime.	
5. ¿Su hijo/a recibe actualmente los servicios de Educación Especial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si anotó SI, describa:
6. ¿Recibe su hijo/a apoyo adicional individual durante el día regular? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	7. Evaluación de la salud del/a niño/a del Padre/Tutor:
8. ¿Tiene su hijo/a el plan 504? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si anotó SI, describa:
9. ¿Recibe su hijo/a servicios proporcionados por la enfermera durante el día escolar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si anotó SI, describa:
10. Anote las necesidades especiales o condiciones físicas y/o programáticas que su hijo/a pudiera tener para que pueda participar con el nivel de supervisión que tenemos (proporción de personal con alumnos es de 15:1 en la primaria y de 20:1 en el nivel de intermedia):	
11. Evaluación de la personalidad del/a niño/a del Padre/Tutor:	12. ¿Tiene su hijo/a algunos temores o retos especiales?

VI. INFORMACIÓN DE SEGURO

1. <input type="checkbox"/> Mi hijo/a cuenta con cobertura de seguro médica con (aseguradora, Medi-Cal): Póliza # _____ Teléfono # _____ Nombre del Titular de la Póliza (letra imprenta) _____
2. <input type="checkbox"/> Mi hijo/a cuenta con cobertura de seguro dental con (aseguradora, Medi-Cal): Póliza # _____ Teléfono # _____ Nombre del Titular de la Póliza (letra imprenta) _____
3. <input type="checkbox"/> Mi hijo/a no cuenta con cobertura de seguro médica/dental a la fecha.

VII. INFORMACIÓN DEL DOCTOR/DENTISTA

Por favor anote el doctor/dentista con el cual debemos comunicarnos en caso de emergencia.

Nombre	Domicilio	Teléfono	Doctor/Dentista
1.			
2.			

PRIMETIME

Formas de Participación Estudiantil 2009-2010

Nombre de la Escuela:	Grado
-----------------------	-------

Apellido (SOLAMENTE NOMBRE LEGAL)	Nombre	Inicial	Sufijo (Jr, II, III)
-----------------------------------	--------	---------	----------------------

VIII. POLÍTICA DE ASISTENCIA DE ALUMNOS

1. De conformidad con el Código de Educación de California Sección 8483(a)(1) que provee fondos para PrimeTime, se espera que los alumnos asistan al programa antes y/o después de clases diariamente por el total de horas que se imparten. Los alumnos que no asistan regularmente podrían darse de baja. Se espera que los alumnos de Escuela Primaria asistan al programa completo los días que funcione, con la excepción de las faltas permitidas por la Política de Salidas Temprano. Se espera que los alumnos de Escuela Intermedia asistan al menos nueve horas y tres días por semana, con la excepción de las faltas permitidas por la Política de Salidas Temprano.

RETRASO ANTES DE CLASES DEL PROGRAMA

A. Los Programas Antes de Clases, si fueran aplicables: Los Programas PrimeTime Antes de clases están disponibles en varias escuelas, pero no en todas y las horas de inicio varían entre las escuelas. Los programas antes de clases operan un mínimo de 90 minutos. Se espera que los alumnos asistan al programa diariamente por el total de horas ofrecidas. Los retrasos ocasionales son permitidos por justificaciones de carácter médico (La Forma de Retraso Antes de Clases 2009-2010 esta adherida y disponible con el Líder del Programa).

Favor de marcar el recuadro adecuado de abajo:

- No, mi hijo/a no participará en el programa antes de clases.
- Si mi hijo/a participará el programa de horas completo del programa.

Iniciales ____ Si, Estoy de acuerdo en acatar el Programa de antes clases de PrimeTime y si fuera aplicable las políticas y procedimientos de asistencias.

SALIDA TEMPRANO DEL PROGRAMA DESPUÉS DE CLASES

B. Los Programas Posteriores a Clases: Los Programas PrimeTime funcionan todos los días de clases normales después de clases durante un mínimo de 15 horas a la semana y al menos hasta las 6:00 p.m. Se espera que los alumnos asistan al programa diariamente y el total de las horas del programa. Los Padres/Tutores pueden solicitar la salida temprano justificadas por citas médicas, entrenamientos deportivos y emergencias familiares (La Forma de Salida Temprano Después de Clases 2009-2010 esta adherida y disponible con el Líder del Programa).

Favor de marcar el recuadro adecuado de abajo:

- No, mi hijo/a no participará en el programa posterior a clases.
- Si mi hijo/a participará en el programa posterior a clases el total de horas.

Iniciales ____ Si, Estoy enterado y de acuerdo en acatar el Programa posterior a clases PrimeTime y las políticas y procedimientos de asistencias

Favor de marcar el recuadro adecuado de abajo:

- Mi hijo/a tiene permiso para irse caminando a casa *si la política de PrimeTime del plantel lo permite.*
- Mi hijo/a tiene permiso de irse en el autobús citadino a casa *si la política de PrimeTime del plantel lo permite.*
- Mi hijo/a debe ser recogido por adulto autorizado anotado en la Información de Contactos de Emergencia (se requiere firma e identificación con foto).

Estoy enterado/a que PrimeTime, los socios de PrimeTime y el Distrito Escolar Unificado de San Diego no son responsables de los incidentes en los que participe mi hijo/a que ocurran antes y/o después de su horario autorizado de llegada y/o salida.

Firma del Padre/Tutor Legal/Padre de Crianza:	Fecha:
---	--------

Firma del Líder del Programa:	Fecha:
-------------------------------	--------

PRIMETIME

Formas de Participación Estudiantil 2009-2010

Nombre de la Escuela:	Grado
-----------------------	-------

Apellido (SOLAMENTE NOMBRE LEGAL)	Nombre	Inicial	Sufijo (Jr, II, III)
-----------------------------------	--------	---------	----------------------

IX. RECONOCIMIENTO DE AUTORIZACIONES DEL PADRE/TUTOR/PADRE DE CRIANZA

Favor de leer cuidadosamente lo siguiente y acordar su reconocimiento al firmar en la parte de abajo.

Exención y Liberación de Responsabilidades

- El Distrito Escolar Unificado de San Diego y los socios de Prime Time no tienen seguros de salud para lesiones al/a alumno/a inscrito que pudieran surgir por su participación en el Programa Prime Time.
- Estoy de acuerdo en informarle a mi hijo/a que debe obedecer todas las reglas de seguridad.

Autorización Para Tratamiento Médico de Emergencia

- En caso de accidente o de una emergencia, autorizo al personal de PrimeTime a facilitar el transporte de mi hijo/a al hospital de emergencias más cercano para tratar la emergencia y las medidas que estimen necesarias para la seguridad y protección de mi hijo/a, a mi costo.

Evaluación del Programa/Alumno/a

- En este acto doy mi consentimiento para que el personal de PrimeTime trate el rendimiento académico y de conducta con el personal de la escuela para determinar las áreas de necesidad. Estoy enterado que la información sobre el rendimiento en la escuela, así como las encuestas entregadas a los padres, maestros y administradores podrían ser usadas para evaluar el programa y que estos datos son confidenciales y el nombre de mi hijo/a no se difundirá o identificará bajo ninguna circunstancia.

Autorización de Fotos/Video/Medios de Difusión

- Durante el ciclo escolar, las escuelas llevan a cabo eventos que los medios de difusión, el distrito y/o socios de Prime Time desean que se publiquen. Un representante podría presentarse en el plantel para fotografiar y grabar videos para realzar eventos y mostrar a los alumnos de Prime Time.. Valoramos la participación de su hijo/a y le pedimos su permiso para incluirlo/a. Por favor marque los recuadros en la parte de abajo para autorizar la participación de su hijo/a:
 - Doy mi permiso para que mi hijo/a sea entrevistado/a y fotografiado/video grabado por los medios de difusión.
 - Doy mi permiso para que mi hijo/a sea fotografiado por el Distrito y/o los socios de Prime Time. Las fotos pueden usarse en el sitio de Internet del Distrito y/o socios de Prime Time.
 - Doy mi permiso para que los trabajos escolares de mi hijo/a sean difundidos por el distrito y/o socios de Prime Time usando su nombre solamente (ejemplos: arte, composiciones, etc.)
 - Doy mi permiso para que mi hijo/a sea video grabado por el distrito y/o socios de Prime Time. Pueden ser vistos por el distrito o el público.
 - Favor de no** incluir a mi hijo/a en estas actividades. **No quiero** que mi hijo/a sea fotografiado o video grabado.

Manual de Padres/Tutor 2009-10 del Programa de Día Extendido PrimeTime

- Recibí, leí y estoy de acuerdo en acatar las políticas y procedimientos incluidos en el Manual de Padres/Tutor 2009-10 del Programa de Día Extendido PrimeTime.
- Estoy enterado que la responsabilidad será de mi familia de tener la información pertinente actualizada.

Al firmar abajo, reconozco y estoy de acuerdo con la Exención y Liberación de Responsabilidades, Autorización para Tratamiento Médico de Emergencia, Evaluación del Programa/Alumno/a, Autorización de Fotos/Video/Medios de Difusión y (sólo el/los recuadro(s) marcado(s)) el Manual de Padres/Tutor 2009-10 del Programa de Día Extendido PrimeTime.

Firma del Padre/Tutor Legal/Padre de Crianza:	Fecha:
---	--------



FORMA DE RETRASO ANTES DE CLASES 2009-2010

Nombre de la Escuela:		Grado			
Apellido (SOLAMENTE NOMBRE LEGAL)	Nombre	Inicial	Sufijo (Jr, II, III)		
<p>De conformidad con el Código de Educación de California Sección 8483(a)(1) que provee fondos para PrimeTime, los alumnos deben asistir al programa diariamente por el total de horas que se imparten. Los alumnos que no asistan regularmente podrían darse de baja.</p> <p>Los Programas PrimeTime Antes de clases están disponibles en varias escuelas, pero no en todas y las horas de inicio varían entre las escuelas. Los programas antes de clases operan un mínimo de 90 minutos. Se espera que los alumnos asistan al programa diariamente por el total de horas ofrecidas.</p> <p>Hay muchos alumnos que desearían participar en Prime Time; sin embargo, los lugares son limitados. El reglamento establece que los retardos deben ser mínimos. Si es necesario, el personal de Prime Time hablará con el padre/tutor para evitar la baja del alumno/a.</p> <p>Los retardos ocasionales al programa antes de clases solo se permiten si la justificación es por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Citas médicas • Emergencias familiares (duelo por muerte de familiar, incidentes catastróficos, etc.) • Condiciones climatológicas • Otras (favor de especificar la Razón de su Petición abajo) 					
RETARDO ANTES DE CLASES					
Horas de Operación del Programa (confirmar con el Líder del Programa)	Hora de Entrada: _____ Hora de Salida: _____				
Hora de Llegada Tarde	Hora de Llegada Tarde: _____ A.M.				
Marque los Días Aplicables	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Fechas de la Petición	De Fecha de Inicio: / / Hasta Fecha de Terminación: / /				
Justificación de la Petición					
Firma del Padre/Tutor/Padre de Crianza:			Fecha:		
Firma del Líder del Programa:			Fecha:		



FORMA DE SALIDA TEMPRANO DESPUÉS DE CLASES 2009-2010

Nombre de la Escuela:	Grado
-----------------------	-------

Apellido (SOLAMENTE NOMBRE LEGAL)	Nombre	Inicial	Sufijo (Jr, II, III)
-----------------------------------	--------	---------	----------------------

De conformidad con el Código de Educación de California Sección 8483(a)(1) que provee fondos para PrimeTime, los alumnos deben asistir al programa diariamente por el total de horas que se imparten. Los alumnos que no asistan regularmente podrían darse de baja (si por alguna razón, el/a niño/a no puede asistir diariamente al programa durante todas las horas que funciona, el padre/tutor debe llenar la forma de Salida Temprano Después de Clases, especificando los días y horas que el/a alumno/a va a asistir y la justificación para solicitar el horario modificado de asistencia).

Hay muchos alumnos que desearían participar en Prime Time; sin embargo, los lugares son limitados. El reglamento establece que las salidas temprano después de clases deben ser mínimas. Si es necesario, el personal de Prime Time hablará con el padre/tutor para evitar la baja del alumno/a.

Al/a niño/a se le puede permitir la salida temprano del Programa Prime Time después de clases antes de que finalice el horario normal, basado en lo siguiente:

- Por asistir a un programa paralelo (Los programas en la escuela o centro comunitarios como el fútbol soccer, baloncesto, etc.).
- Emergencias Familiares (tales como duelo por muerte de familiar, incidentes catastróficos, etc.).
- Citas Médicas.
- Condiciones Climatológicas.
- Enfermedades y/o accidentes que ocurran durante el horario del programa (el personal del programa hablará con el padre/tutor)
- Otras (favor de especificar la Razón de su Petición abajo)

SALIDA TEMPRANO DESPUÉS DE CLASES

Horas de Operación del Programa (confirmar con el Líder del Programa)	Hora de Entrada: _____ Hora de Salida: _____
--	--

Hora de Salida Temprano	Hora de Salida Temprano: _____ P.M.
--------------------------------	-------------------------------------

Marque los Días Aplicables	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Lunes</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Martes</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Miércoles</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Jueves</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Viernes</td> </tr> </table>	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes		

Fechas de la Petición	De Fecha de Inicio: / / Hasta Fecha de Terminación: / /
------------------------------	--

Justificación de la Petición	
-------------------------------------	--

Firma del Padre/Tutor/Padre de Crianza:	Fecha:
---	--------

Firma del Líder del Programa:	Fecha:
-------------------------------	--------