

## Ten Calma, Tenemos Ayuda

Inspiración sin el costo

Tutoría y clases de enriquecimiento GRATIS

### Registración 2017-18

*Inscripción: Cada estúdiante debe entregar una forma antes de participar en las actividades. El padre o guardián necesita llenar y firmar la forma. Si el estudiante es mayor de 18 años, el estudiante puede firmar la forma. Se les dará prioridad a los estudiantes que entreguen la forma completa.*

Información del estudiante (Toda información requerida)			
Apellido	Nombre	Grado	# de Identificación del estudiante
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA)	Lenguaje primario <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	
Raza (Favor de marque lo que aplique) <input type="checkbox"/> Asiático/Pacífico Isleño <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Indio Nativo <input type="checkbox"/> Otro _____		Etnicidad: Es el estudiante Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Domicilio	Ciudad & código postal	Número de teléfono	
Por favor indique si el estudiante tiene algunas necesidades especiales (Alergias, asma, diabetes, ADD, ADHD, etc.)			
Nombre de medico		Teléfono de medico	
Información de caso de Emergencia			
Nombre de Madre (Apellido, Nombre)	Teléfono	Correo Electrónico	Teléfono de trabajo/celular
Nombre de Padre (Apellido, Nombre)	Teléfono	Correo Electrónico	Teléfono de trabajo/celular
Nombre de guardián (Apellido, Nombre)	Teléfono	Correo Electrónico	Teléfono de trabajo/celular
Nombre (Apellido, Nombre)	Relación		Teléfono/Celular
Nombre (Apellido, Nombre)	Relación		Teléfono/Celular
Nombre (Apellido, Nombre)	Relación		Teléfono/Celular
Asistencia y Aceptación al Programa			
Yo, _____ (Nombre del Estudiante) entiendo que mi aceptación NO es garantizada por demanda popular. Habrá CERO tolerancia por mala conducta en todas las actividades del programa de después de escuela. Entiendo que debo de asistir al programa de después de escuela por un mínimo de 30 minutos cada día que la clase es ofrecida. Si deseo participar en el programa AHA, yo debo de asistir a GHCHS cuatro periodos completos cada día que participe en la actividad.			
Firma de Estudiante: _____ Date: _____			

**\*\*Se requiere autorización del padre/guardián a la reversa\*\***



**Autorización - Padre/Guardián o estudiante de 18 años o más. Deberá escribir sus iniciales en cada casilla como confirmación y aceptación de lo siguiente:**

<b>Yo Acepto</b> <input type="checkbox"/>	<b>Atención Médica:</b> Yo autorizo que mi hijo(a) reciba atención médica en caso de emergencia. Yo entiendo que GHCHS no se hacen responsables por cualquier costo que se pueda incurrir por el tratamiento médico recibido. Yo entiendo que AHA no se hace responsable por cualquier tratamiento médico recibido o transportación que mi hijo(a) reciba.
<b>Yo Acepto</b> <input type="checkbox"/>	<b>Liberación de Responsabilidad:</b> Libero a GHCHS de toda responsabilidad y las reclamaciones por los daños, lesiones, accidentes, enfermedades o de los bienes efectuados por mi hijo durante o surgiendo de la participación en el programa después de escuela.
<b>Yo Acepto</b> <input type="checkbox"/>	<b>Publicación de Fotografías:</b> Yo autorizo que cualquier fotografía de mi hijo(a) es la propiedad exclusiva de AHA y pueden ser utilizadas por AHA y GHCHS. Entiendo que todo lo recaudado será utilizado para los futuros programas de AHA. Entiendo que la firma de este comunicado no garantiza la publicación de la foto y/o video.
<b>Yo Acepto</b> <input type="checkbox"/>	<b>Archivos Estudiantiles:</b> Yo autorizo a datos del estudiante tales como el examen estatal de California (CST), códigos de matemática CST, los resultados del examen CAHSEE, registros académicos, información de asistencia escolar (matrícula y las ausencias), información de educación especial, número de identificación estatal, y el estatus del programa de Estudiante Del Idioma Inglés, para evaluación federal y estatal y asistencia académica.

**Contrato de Padre**

**Por favor, lea la siguiente información y en la primera casilla escriba sus iniciales en cada sección para confirmar aceptación de términos.**

El programa después de escuela, After Hours Activities (AHA), se esfuerza por crear una generación de líderes que enriquecen la cultura escolar por potenciar a la juventud, comunicarse con los padres, administradores y la comunidad. Los participantes recibirán asistencia académica, participar en clases de enriquecimientos diversos, actividades recreativas, y tendrán la oportunidad de asistir a eventos especiales y excursiones **GRATIS**. El objetivo del programa después de escuela AHA es apoyar el éxito del estudiante en la escuela a través de actividades después de clases. Además, el programa después de escuela se compromete a proporcionar un ambiente seguro de aprendizaje para sus estudiantes y un bocado nutritivo será distribuido durante el programa.

**Favor de aceptar con iniciales en cada casilla indicada.**

**REGISTRO:** Registro es limitado. Registración será tomada en orden recibida. Los estudiantes que se registren después del periodo de registro, serán puestos en una lista de espera.

**ASISTENCIA:** El programa de AHA abrirá después de la escuela, antes de la escuela, y algunos fines de semanas (referirse al horario semanal del programa). Los participantes deben asistir un mínimo de 30 minutos al día cada día que participen en el programa. Si el estudiante participara en las actividades de enriquecimientos diversos y recreación, entonces el estudiante debe asistir un mínimo de cuatro clases cada día a GHCHS cada día que participe en el programa AHA. La meta del componente de después de la escuela es apoyar el éxito del estudiante a través de apoyo académico y para enriquecer en los estudios.

**PÓLIZA DE COMPORTAMIENTO:** La participación en el programa es un privilegio. La regla de AHA es estar seguro, ser respetuoso, responsable y divertirse. Comportamiento disruptivo e irrespetuoso hacia otros estudiantes y trabajadores del programa será motivo de despido. Acciones de violencia hacia alguna persona no serán toleradas. Es recomendado de hablar con el coordinador del programa si tiene cualquier pregunta sobre el comportamiento de su hijo/a.

**APOYO DEL PADRE:** Aunque los trabajadores del programa son comprometidos y calificados, su ayuda es necesaria para que el programa de después de escuela sea lo mejor que pueda ser. Usted es un compañero importante en el éxito del programa, y esperamos que nos puedan asistir con los viajes de campo, eventos y actividades, talleres y otros proyectos. Padres/guardianes se les pedirá que participen en la evaluación del programa. Una forma de aceptación será repartida a los padres antes de la evaluación. Si los padres desean participar, una forma de aceptación debe ser presentada.

**He leído y entendido la póliza del programa después de escuela indicadas en el Contrato de Padres. Al firmar este documento estoy de acuerdo con los términos explicados en la sección "Autorización" que es incluida en la aplicación de programa al igual en el contrato del padre.**

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Firma del Padre/encargado/a:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_