

# Programa CCSD REACH-OST

Programación antes y después de clases



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre de Familia / Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre de Familia / Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia #1: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia #2: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro/a: \_\_\_\_\_ Fecha de \_\_\_\_\_

Nacimiento: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_ Condiciones Médicas: \_\_\_\_\_

Lenguaje Primario: \_\_\_\_\_ Hispano/Latino \_\_\_ Caucásico \_\_\_ Nativo Americano \_\_\_ Afro Americano \_\_\_ Isleño del Pacífico \_\_\_ Asiático \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro/a: \_\_\_\_\_ Fecha de \_\_\_\_\_

Nacimiento: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_ Condiciones Médicas: \_\_\_\_\_

Lenguaje Primario: \_\_\_\_\_ Hispano/Latino \_\_\_ Caucásico \_\_\_ Nativo Americano \_\_\_ Afro Americano \_\_\_ Isleño del Pacífico \_\_\_ Asiático \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro/a: \_\_\_\_\_ Fecha de \_\_\_\_\_

Nacimiento: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_ Condiciones Médicas: \_\_\_\_\_

Lenguaje Primario: \_\_\_\_\_ Hispano/Latino \_\_\_ Caucásico \_\_\_ Nativo Americano \_\_\_ Afro Americano \_\_\_ Isleño del Pacífico \_\_\_ Asiático \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Por lo presente doy permiso para que \_\_\_\_\_ participe en el programa REACH-OST del Distrito Escolar del Condado de Cache. Como padre / tutor, he leído el manual y los materiales del programa y hablé del programa con el participante. Reconozco que existe un elemento de riesgo asociado con el programa y reconozco mi aceptación de ese riesgo mediante la participación. En caso de una emergencia, doy permiso para que se le administre a mi hijo un tratamiento médico de emergencia. También reconozco que la accesibilidad o el uso de tabaco, alcohol, sustancias ilegales o materiales sexualmente explícitos están prohibidos por cualquier persona en cualquier lugar de las instalaciones. Estoy de acuerdo en eximir de responsabilidad a cualquier reclamo al Distrito Escolar del Condado de Cache y sus escuelas donde mi hijo participa en REACH y otros programas extracurriculares. Como padre / tutor, soy responsable de proporcionar transporte puntualmente a la hora de finalización designada por el sitio. También doy mi consentimiento para permitir que la imagen y / o semejanza de mi hijo aparezca en cualquier documental oficial, promocional, exclusivo de televisión, radio o cobertura cinematográfica de las publicaciones de los distritos escolares del condado de Cache de cualquier manera relacionada con la participación en la actividad de la escuela del condado de Cache, programas distritales sin compensación.

Firma del Padre/ Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_