

PROGRAMA Mustang ACE
21^{calle} Centros de aprendizaje comunitario Century
Formulario de inscripción 2023-2024

Distrito escolar independiente de Marble Falls Campus escolar(por favor circule uno)

ESCUELA SECUNDARIA MARBLE FALLS
ESCUELA PREPARATORIA MARBLE FALLS
ESCUELA PRIMARIA DE SPICEWOOD

ESCUELA PRIMARIA MARBLE FALLS
ESCUELA PRIMARIA COLT
ESCUELA PRIMARIA HIGHLAND LAKES

POR FAVOR IMPRIMA Y COMPLETE AMBOS LADOS DEL FORMULARIO DE REGISTRO

Alumno _____ Maestro *(solo primaria)*: _____
Apellido nombre segundo nombre

Masculino ___ Femenino ___ Fecha de nacimiento ___/___/___ Edad actual _____ Nivel de grado
2023 - 24 del estudiante _____

Dirección de envío _____
Apartado de correos/Calle Ciudad Código postal

Dirección física _____
Calle/Carretera Ciudad Código Postal

El estudiante vive con:(círculo) Ambos padres Madre soltera Padre soltero Cuidado de crianza Tutor Otro _____

Idioma principal del estudiante _____ Idioma principal que se habla en casa _____

Padre o Tutor #1

Apellido _____

Nombre de pila _____

Teléfono Principal (_____) _____ - _____

Teléfono secundario(_____) _____ - _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Relacion hacía el niño _____

Autorizado para recoger al estudiante SI NO

Padre o Tutor #2

Apellido _____

Nombre de pila _____

Teléfono Principal (_____) _____ - _____

Teléfono secundario(_____) _____ - _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Relacion hacía el niño _____

Autorizado para recoger al estudiante SI NO

******POR FAVOR VEA LA PÁGINA 2 DE ATRÁS******

Formulario de inscripción 2023-2024, página 2

POR FAVOR IMPRIMA Y COMPLETE AMBOS LADOS DEL FORMULARIO DE REGISTRO

En caso de una emergencia, primero se contactará a los padres/tutores. Si no se puede localizar a los padres, llame a:

Apellido del contacto de emergencia _____

Nombre de pila _____

Teléfono Principal (____) ____ - _____

Teléfono secundario (____) ____ - _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Relacion hacía el niño _____

Autorizado para recoger al estudiante SI NO

¿Hay alguna razón médica por la que su hijo no deba participar en ciertas actividades físicas? Sí _____
No _____

En caso afirmativo, explíquelo porfavor:

¿Hay alguna información adicional que necesitemos saber sobre su hijo? _____

Alergias: _____

Condiciones médicas: _____

Necesidades especiales: _____

TRANSPORTE

****MÁS A MENOS, a la hora de salida del programa, mi hijo: (SELECCIONAR UNO SOLO)**

A. Estará montando el **AUTOBÚS** casa a la parada de autobús más cercana
Sí _____ No _____

B. tiene permiso para **CAMINAR** o montar su / ella **BICICLETA** hogar (solo MS/HS) Sí _____
No _____

C. Será **RECOGIDO** por un padre/tutor o contacto de emergencia Sí _____
No _____

*****POR FAVOR VEA LA PÁGINA 3 DE ATRÁS*****

****Si mi hijo no hace lo anterior, entiendo que debo notificar al Director del sitio de ACE oa la escuela A MÁS TARDAR AL MEDIODÍA DEL DÍA para hacer arreglos alternativos.**

doy mi consentimiento para fotografías y videos de mi estudiante tomados durante el programa Mustang ACE actividades que se utilizarán con fines educativos y de relaciones públicas.

SÍ NO (MARQUE CON UN CÍRCULO UNO)

por la presente doy permiso para que mi estudiante participe en las actividades del programa Mustang ACE, que pueden incluyen eventos fuera del sitio (incluyendo excursiones), asistencia académica, educación continua y programas recreativos. Si surge una emergencia médica, el personal del programa tomará todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad del participante y llamará, si es necesario, a un vehículo público de emergencia para que lo transporte a un centro de emergencia. Entiendo que seré responsable de cualquier cargo de transporte y gastos médicos incurridos.

además doy mi consentimiento al distrito escolar y al programa Mustang ACE para compartir la experiencia del participante registros de los estudiantes entre sí con el fin de proporcionar apoyo y asistencia educativa. Además, entiendo que el distrito escolar y/o el programa Ace usarán los registros de los participantes para evaluar el progreso y la mejora individual, así como para evaluar el impacto del programa en el rendimiento estudiantil y para obtener fondos continuos para el programa.

Firma del padre o tutor

____/____/_____
Fecha

****El padre o tutor es responsable de notificar al personal de ACE sobre cualquier cambio en la información de este documento. ****

Devuelva el formulario de registro al director del sitio de ACE en el campus de su hijo.