



**DISTRITO ESCOLAR DE ESCONDIDO**  
**Programa de educación y seguridad después del horario escolar,**  
*After School Education & Safety (ASES)*  
**Solicitud de Inscripción - Año escolar 2014 a 2015**



El Distrito Escolar de Escondido ofrece programas de enseñanza antes y después del horario escolar a través de los programas educativos que reciben fondos estatales – *ASES Programs*, para los alumnos que están inscritos en las escuelas primarias a continuación: Central, Conway, Farr, Felicita, Glen View, Juniper, Lincoln, Oak Hill, Orange Glen, Pioneer, Rock Springs, y Rose. Los programas *ASES*, que se llevan a cabo antes y después de las horas de escuela, se imparten en colaboración con las agencias comunitarias a continuación: *City of Escondido, Palomar Family YMCA, y THINK Together.*

El programa antes del horario escolar – *Before School Program*, empieza a las 6:30 de la mañana hasta el comienzo de la escuela, y el programa después del horario escolar – *AfterSchool Program*, empieza a la salida de la escuela y termina a las 6:00 de la tarde. El propósito del código de educación – *Education Code*, es que los alumnos participantes asistan a este programa educativo con regularidad por el tiempo completo del programa. Se aplicarán algunas exclusiones; hay que llenar y archivar los formularios de autorización indicados.

Favor de llenar este formulario para **cada niño que desea inscribir**, y devolverlo al personal de programa *ASES* en su escuela.

Marque una casilla:  Solo **antes** del horario escolar  Solo **después** del horario escolar  **AMBOS, antes y después del horario escolar**

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Número de identificación estudiantil \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grade escolar: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Favor de anotar todas las medicinas, alergias, o condiciones médicas asociadas con el alumno: \_\_\_\_\_

Nombre del padre de familia o del tutor legal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono celular del padre de familia o del tutor legal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de casa del padre de familia o del tutor legal: \_\_\_\_\_

Anote los nombres de las personas adultas que se encargarán de recoger a su niño, recoger a su niño en caso de emergencia, u otra persona adulta que se encargará de llevar a su niño a casa. **HAY QUE PRESENTAR UNA IDENTIFICACIÓN VIGENTE CON FOTO a la hora de recogerlo.**

Nombre de la persona adulta: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona adulta: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona adulta: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**MARQUE UNA CASILLA:**

- Mi niño puede salirse por sí mismo de la escuela y del programa – *After School Program*, después de las 4:45 p.m. cuando se llene y archive el formulario para salir temprano de la escuela – *Early Release Form*.
- Mi niño tiene que quedarse en el programa hasta que uno de los padres de familia, tutores legales, o personas autorizadas que se indican más arriba lo recoja de la escuela.

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que mi niño que se nombra más arriba asistirá a este programa todos los días, hasta la hora de salida anteriormente indicada. Llenaré los documentos indicados cuando mi niño ocasionalmente salga temprano de la escuela o llegue tarde. También entiendo que mi niño puede ser dado de baja por la agencia administrativa de este programa en caso de que no asista con regularidad como previamente mencionado. Estoy de acuerdo en que la agencia administrativa pueda tomar una foto o vídeo de mi niño para usar en sus publicaciones, sitios de Internet, y comunicados de prensa sin tener que solicitar mi consentimiento por escrito. Entiendo, y he leído y firmado la exención y liberación de responsabilidad.

Entiendo que es mi responsabilidad actualizar a la agencia administrativa de este programa con cualquier y toda esta información lo más pronto posible.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre de familia o del tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

FOR OFFICE USE ONLY Form received by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



# EUSD PROGRAMA de ASES Información sobre Días de Escuela Extendido 2014/2015



POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES™  
POR UNA VIDA SALUDABLE  
POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

## Políticas y Procedimientos:

El programa de ASES (Antes y Después de la escuela) es un programa gratis financiado por el Estado de California y estructurado para los padres que necesiten *CUIDADO DE TIEMPO COMPLETO*. Cuidado de tiempo completo, por definición del estado es, la necesidad que asista de lunes a viernes si es por la mañana antes de las 6:45 a.m. y por la tarde del fin de la escuela hasta las 6:00 p.m. Los empleados y los padres deben seguir estas políticas. Por favor, firme las declaraciones que pertenecen a sus necesidades de cuidado. Por favor, firme y devuelva esta forma con su solicitud, no será procesada sin esta forma. Una forma completa y firmada por cada niño.

### Políticas de la mañana:

Si su hijo asiste al Programa antes de la escuela, debe asistir de lunes a viernes, cada semana, y llegar no más tarde de 6:45 a.m. Si su hijo llega después de las 6:45 a.m. más de 5 días durante el año escolar sin una llegada tarde aprobado, su hijo será sacado del programa.

Nombre de padre/tutor en letra de molde \_\_\_\_\_

Firma de padre/tutor \_\_\_\_\_

### Políticas de la tarde:

Si su hijo asiste al Programa después de la escuela, debe asistir de lunes a viernes, cada semana, del fin de la escuela hasta las 6:00 p.m. Si su hijo sale antes de las 6:00 p.m. más de 5 días durante el año escolar sin una llegada tarde aprobado, su hijo será sacado del programa.

Nombre de padre/tutor en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Firma de padre/tutor \_\_\_\_\_

Si su hijo asiste a Anytime School, Good News Club, Sign Language, etc. Y llega más tarde de la media hora después del comienzo del programa, no pueden tener una Temprana salida el mismo día.

Nombre de padre/tutor en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Firma de padre/tutor \_\_\_\_\_

Si su hijo tiene una temprana salida para citas medicas, practica/juegos de deportes, etc. Debe asistir por lo menos la mitad del programa total por ese día. (No pueden salir antes de las 4:30 p.m.)

Nombre de padre/tutor en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Firma de padre/tutor \_\_\_\_\_

He leído y comprendo las políticas y procedimientos del programa de ASES (Antes y Después de la escuela) y les diré a las personas que dejen o recojan a mi(s) hijo(s) sobre estos procedimientos.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Palomar Family YMCA Registración de Programa

1050 N. Broadway, Escondido, CA 92026 • Phone 760-745-7490 • Fax 760-745-7942 • www.palomar.ymca.org

POR FAVOR ESCRIBIR LEGIBLE - UN FORMULARIO POR NIÑO

Nombre del Niño \_\_\_\_\_  M  F Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

¿Es usted miembro del Palomar Family YMCA?  No;  Sí — Categoría de membresía:  familiar  Joven Fecha de vencer \_\_\_\_\_

Nombre de Padres/Tutor legal \_\_\_\_\_ Nombre de Padres/Tutor legal \_\_\_\_\_

Empleado por \_\_\_\_\_ Empleado por \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo/Celular \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo/Celular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN REQUERIDA POR LEY**

COMPañIA DE SEGURO MÉDICO: \_\_\_\_\_

Número de Póliza de Seguro: \_\_\_\_\_

DOCTOR DE CABECERA: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**SALUD** (marque si se aplica o si es alergico)

- Infección de oídos  Reacción al Roble  Diabetes
- Picaduras de insectos  Penicilina  Fiebre del heno

Otros: \_\_\_\_\_

Descripción de cualquier actividad en nuestro programa po la cual su hijo(a) no puede ser incluido por razones de salud: \_\_\_\_\_

Último Tratamiento Médico: \_\_\_\_\_

Alergias/Restricciones en su dieta: \_\_\_\_\_

**Inmunización:**

- Todas las inmunizaciones requeridas por el distrito escolar.
- Firmado Renuncia.
- Vacuna contra el tetano, fecha:** \_\_\_\_\_

Medicamento que utiliza al Momento: \_\_\_\_\_

Descripción de algún problema físico, mental, o fisiológico el cual necesite medicamento, o tratamiento y que se deba considerar mientras se esta en el programa: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA**

PERSONAS AUTORIZADAS QUE NO SEAN LOS PADRES SERAN LLAMADOS EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre	Teléfono	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DEL NIÑO**

Personas **AUTORIZADAS** para recoger a sus niños:

NOMBRE	RELACIÓN
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Personas **NO AUTORIZADAS** para recoger a sus niños:

NOMBRE	RELACIÓN
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**RAMA DE PRENSA / RENUNCIA PARA LOS JÓVENES YMCA (MENORES)**

NOMBRE DEL MENOR \_\_\_\_\_

Yo, el padre / persona que tenga la custodia legal o tutela del menor mencionado anteriormente, doy permiso para que el menor participe en todos los programas de la YMCA. El menor está física y mentalmente preparado para participar en todas las actividades descritas en el anuncio de este programa. En el examen de dicho menor se le permita entrar a cualquier sucursal de la YMCA de San Diego ("YMCA") para la observación, el uso de las instalaciones y / o equipo, o la participación de las anteriores o cualquier programa. Yo, en nombre de mí mismo (como padre, tutor, asesor de entrenador, espectador o participante) Herby:

1. Reconozco que (i) He leído este documento, (ii) he inspeccionado las instalaciones de la YMCA, (iii) los acepto como seguros y razonablemente adecuados para los fines entendidos, y (iv) voluntariamente firmo este documento.
2. Libero a la YMCA, sus directores, funcionarios, empleados y voluntarios (colectivamente "Liberados") de toda responsabilidad para mí por cualquier pérdida o daño a la propiedad o lesiones o muerte a mi persona, ya sea causada por los "liberados o de otra manera y mientras que dicho menor se encuentra en o cerca de cualquier sucursal de la YMCA.
3. Estoy de acuerdo en no demandar a los "liberados" por cualquier pérdida, daños, lesiones o muerte descrita anteriormente y voy a indemnizar y mantener "liberados" y cada uno de ellos de cualquier pérdida, responsabilidad, daño o costo que pudiera incurrir debido a mi presencia dentro, sobre o cerca de la sucursal de la YMCA; si cuased por la negligencia de los "liberados o de otra manera.
4. Asumo toda la responsabilidad por cualquier riesgo de la muerte, lesiones corporales o daños materiales debido a la negligencia de los "liberados o de otra manera.
5. Por la presente autorizo a la YMCA como agente del suscrito, de dar su consentimiento con respecto hacia el menor de edad, a cualquier examen de rayos X, anestesia, médicos, dentales, quirúrgicos o de diagnóstico o tratamiento, y cuidado hospitalario que se considere aconsejable por, y es a ser prestados bajo la supervisión general o especial de cualquier médico o cirujano con licencia bajo las disposiciones de la Ley de Práctica Médica de California en el personal médico de cualquier hospital, sea diagnosticado o tratado, ya sea en la oficina del médico o en el hospital. Entiendo que la YMCA no es responsable de los gastos derivados de atención médica.
6. El PALOMAR Family YMCA se pueden usar fotos de mi hijo para fines publicitarios. Tengo la intención de este documento para ser lo más amplio e inclusivo como es permitido por las leyes del Estado de California, si cualquier parte fuera considerada inválida, me acuerdo que el resto continuará en pleno vigor y efecto.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE POR ESCRITO \_\_\_\_\_