**Pa’lante Programa de Educación  
Aplicación 2014-2015**

PROGRAMA:  
🞏 **Pre-kindergarten** 🞏 **Elemental** 🞏 **Intermedia** 🞏 **Secundaria**

1. ***Información del estudiante* NUM. de estudiante #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre de estu.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Fecha**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Dirección **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Teléfono (**\_\_\_\_\_\_**) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Fecha de nacimiento**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** edad **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Sexo: 🞏 masculino 🞏 femenina

Nombre de la escuela**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** grado**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Fecha de inscripción **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha de dado de baja**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Origen Étnico** | **Raza** | (Favor selección uno o más dependiendo el que mayor describa su composición racial) |
| 🞏 Hispano/Latino | 🞏 Blanco | |
|  | 🞏 Afro-Americano | |
|  | 🞏 Indio Americano o nativo de Alaska | |
|  | 🞏 Asia | |
|  | 🞏 Hawái o alguna otra isla del pacífico | |

1. ***Raza/étnica***
2. ***Información del padre o guardián***

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de Padre: | Nombre de Madre: |
| 🞏 casado 🞏 soltero 🞏 divorciado 🞏 separado 🞏 viudo | 🞏 casada 🞏 soltera🞏 divorciada 🞏 separada 🞏 viuda |
| Lugar donde trabajas: | Lugar donde trabajas: |
| Fecha de nacimiento: | Fecha de nacimiento: |
| Teléfono del trabajo: | Teléfono del trabajo: |
| Celular: | Celular: |
| Email: | Email: |

Padre con custodia **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Documentación legal deberá ser presentada a Casa Guadalupe, que evidencie cualquier autoridad de custodia o limitaciones acerca de guardianes o padres. Sin documentación legal para el programa que atenderá su hijo, nadie tendrá acceso al estudiante durante tiempo de operaciones.*Sí hay documentación acerca de custodia por favor escriba los nombres de las personas **NO PERMITIDAS** a recoger su hijo del campamento:

1. ***Personas de contacto en caso de emergencia***

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre 1 | teléfono # |
| Dirección | |
| Nombre 2 | teléfono # |
| Dirección | |
| Nombre 3 | teléfono # |
| Dirección | |

1. ***Personas a quienes mi niño puede ser entregado***

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre 1 | teléfono # |
| Dirección | |
| Nombre 2 | teléfono # |
| Dirección | |
| Nombre 3 | teléfono # |
| Dirección | |

1. ***Tratamiento médico****Entiendo que todo esfuerzo será hecho para contactarme en algún evento de emergencia que requiera atención médica para mi hijo. Más de no ser localizado, yo autorizó a Casa Guadalupe a transportar a mi hijo al hospital más cercano para así asegurar el tratamiento necesario para mi hijo.*

Firma de padre o encargado: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL MÉDICO / PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEL NIÑO | Teléfono # |
| Dirección | |
| COBERTURA DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS o beneficios de asistencia médica | Número de Póliza |

¿Su niño tiene algún impedimento? 🞏 Sí 🞏 No

Favor describa el impedimento: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

¿Tú hijo tiene alguna condición? ¿Alergias? 🞏 Sí 🞏 No

Favor de indicar cualquier limitación o información acerca de la salud de su niño que debamos saber acerca de alguna restricción en la dieta, o alergias (comidas, picadas de insectos, medicamentos, etc.) y/o condiciones de salud. (Si no tiene ninguna condición de salud, favor de escribir **ninguna**)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Síntomas que debamos observar: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

En caso de que algún síntoma que aparezca que se debe hacer: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. ***Información de ingreso***

¿Cuántas personas viven en tu hogar? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

¿El ingreso anual es ***MENOR*** que la cantidad que muestra la tabla y el número de personas que viven en tu hogar?

🞏 Sí 🞏 No

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Número de miembros en la familia** | **Ingreso anual** | **Ingreso mensual** | **Ingreso bi-semanal** |
| 1 persona | $36,900 | $3,075 | $1,419 |
| 2 personas | $42,150 | $3,513 | $1,621 |
| 3 personas | $47,450 | $3,951 | $1,825 |
| 4 personas | $52,700 | $4,392 | $2,027 |
| 5 personas | $56,900 | $4,742 | $2,188 |
| 6 personas | $61,150 | $5,096 | $2,352 |
| 7 personas | $65,350 | $5,446 | $2,513 |
| 8 personas | $69,550 | $5,796 | $2,675 |

¿Es una mujer la que tiene el ingreso primordial del hogar? 🞏 Yes 🞏 No

Certifico que la información provista es cierta y correcta para mi conocimiento.

Firma **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. ***Estado de confidencialidad***

*Entiendo que la información personal que he proveído a Casa Guadalupe será mantenida discretamente en confidencialidad. Únicamente las autoridades del gobierno federal, la Asociación de Pennsylvania, el departamento de asistencia pública, el ejecutivo del alcalde y/o los agentes autorizados y las escuelas podrán acezar esta información. Mi firma es requerida [para dar información a cualquier persona que no haya sido antes mencionada anteriormente.*

1. ***Permiso a participar en fotografías/video***

Yo autorizo a Ca Guadalupe a tomar fotos y/o videos de mi hijo para propósitos de medios de comunicación y uso promocional.

Firma de padre/guardián**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. ***Permiso para asistir a giras/ salidas***

Yo autorizo a Casa Guadalupe a llevar a mi hijo a jiras y/o salidas.

Firma de padre/guardián**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. ***Autorización para obtener copias académicas y record de asistencia de la escuela***(notas/ asistencia/ reporte de progreso)

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de estudiante | |
| Nombre de escuela | Grado |
| Yo autorizo a la escuela de mi hijo para intercambiar cualquiera información necesaria acerca del aprovechamiento académico de mi hijo a Casa Guadalupe. | |
| Firma de padre/guardián | Fecha |

1. ***Declaración de anti discrimen***

*Yo entiendo que Casa Guadalupe no discrimina a ninguna persona por su raza, color, origen nacional, religión, sexo, preferencia sexual, situación económica ó afiliación política.****Si el cliente no puede leer:***Yo he leído para el conocimiento de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** y doy fe de que él o ella ha entendido claramente lo antes mencionado completamente.

Firma de empleado**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Fecha**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. ***Recibo del Estándares de Disciplina del estudiante del Programa Pa’Lante***

Yo **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (su nombre) como guardián de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (nombre de estudiante) hago constar que recibí copia del código de disciplina del Programa Pa’lante.

Firma de padre/guardián**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. ***Autorización de caminar***

Yo **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (su nombre) como guardián de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (nombre de estudiante)  
 **\_\_\_\_\_** autorizo  
 **\_\_\_\_\_** no autorizo   
a caminar de regreso a casa luego de terminar el programa Pa’Lante.

Firma de padre/guardián**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. ***Liberación de responsabilidad***

Yo **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (su nombre) como guardián de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (nombre de estudiante) libero de toda responsabilidad a Casa Guadalupe Center Pa’Lante Program. De cualquier reclamación, obligación, o responsabilidad pasad, presente o futura, como consecuencia por algún daño, lesión sostenida como resultado de que my hijo participen en actividades en el programa Afterschool.

Firma de padre/guardián**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. ***Concento de las reglas***

**(Solamente Programa de Pre-K)**

Yo **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (su nombre) como guardián de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (nombre de estudiante) verifico que esta información es correcta y entiendo que el presentar este formulario no me garantiza cupo para mi niño(a) en una clase de Pre-Kínder. Si mi hijo(a) enrola en el programa de Casa Guadalupe Center Pre-K, yo estoy de acuerdo con que asista el número de días y horas requeridos especifica el centro donde esta enrolado(a) mi hijo(a). Entiendo que si no me rijo por estos requisitos de asistencia, mi niño(a) puede ser desenrollado del programa. Entiendo que no puedo registrar a mi niño(a) sin la documentación apropiada de su edad.

Firma de padre/guardián**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Favor de regresar esto a:  
Casa Guadalupe Center  
Education Department  
218 North 2nd Street  
Allentown, PA 18102  
(610) 435-9902 ext. 8**[**paul.tomlin@casalv.org**](mailto:paul.tomlin@casalv.org)