

Latino Network – Escuela Comunitaria de SUN Forma de Registro, Term _____ Year _____



LatinoNetwork

INFORMACION DEL(LA) ESTUDIANTE:

Apellidos _____ Nombre _____
 Dirección _____ Ciudad _____
 Estado _____ Zipcode _____
 Escuela _____ Grado _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Maestro(a) _____

Género	
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Transgénero Masculino
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Transgénero Femenino
<input type="checkbox"/> Otro(por favor especifica): _____	
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
Lenguaje preferido en casa	
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español
<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Mandarín
<input type="checkbox"/> Arabe	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifica): _____
<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Coreano
<input type="checkbox"/> Cantonés	<input type="checkbox"/> Vietnamita
Raza/Etnicidad	
<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Mexican <input type="checkbox"/> Central American <input type="checkbox"/> Afro-Latino/a <input type="checkbox"/> South American <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Other Hispanic/Latino (please specify): _____	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Birmano <input type="checkbox"/> Karen <input type="checkbox"/> Zomi <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Thailandés <input type="checkbox"/> Chino(a) <input type="checkbox"/> Coreano(a) <input type="checkbox"/> Laosiano(a) <input type="checkbox"/> Filipino(a) <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Asia del Sur <input type="checkbox"/> Asia de la India <input type="checkbox"/> Otro Asiático (por favor especifica): _____
<input type="checkbox"/> Africano(a) / Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Somali <input type="checkbox"/> Congolés <input type="checkbox"/> Eritrea <input type="checkbox"/> Caribeño(a) <input type="checkbox"/> Norte de Africa <input type="checkbox"/> Otro Africano (por favor especifica): _____	<input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Canadiense Inuit, Metis, o Primeras Naciones
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Eslavo <input type="checkbox"/> Medio Oriente <input type="checkbox"/> Desconocido Prefiero <input type="checkbox"/> no responder	<input checked="" type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> Tongan <input type="checkbox"/> Chuukese <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro <input type="checkbox"/> Samoan
Otra Información	
¿Recibes almuerzo gratis o a precio reducido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Estás registrado(a) en alguno de estos programas? Por favor marca todas las que apliquen:	
<input type="checkbox"/> ELL/ESL/ELD	<input type="checkbox"/> Inmersión- Lenguaje Dual
<input type="checkbox"/> Otro (especifica): _____	<input type="checkbox"/> Educación Especial <input type="checkbox"/> Talento y Dotado
¿Tienes alguna condición/necesidad especial que necesite acomodaciones especiales para tu participación en la Escuela Comunitaria de SUN? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si es así, por favor descríbela: _____	
ALERGIAS Y CONDICIONES MEDICAS	
Por favor indique cualquier condición que le gustaría que conociéramos y que pueda afectar la participación de su hijo(a) en actividades incluyendo condiciones médicas y/o alergias (ejemplo: asma, alergias a la medicina, alergias que requieren "Epi-pen", o botiquín para picaduras de insectos, etc.).	

Nota: Por favor llame al Latino Network at (503) 283-6881 con cualquier cambio a la información señalada arriba. Es importante que esta información se encuentre actualizada para atender al (la) estudiante de una manera adecuada en caso de una emergencia.

MEDICAMENTOS	
¿Necesitarás tomar medicamentos mientras participas en el programa de la Escuela Comunitaria de SUN de Latino Network? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si es así, enlista las medicinas con receta o sin receta médica que debes tomar	Dosis y horario (ejemplo Asma, 2 inhalaciones cada 12 horas)

Nota. Por favor asegúrense que las medicinas se encuentren en recipientes debidamente etiquetados. **Padres deben proveer los medicamentos de sus hijos a los gerentes de SUN si deben ser administrados desde de la escuela. SUN no tiene acceso a la oficina de enfermeras.**

PADRES/TUTORES e INFORMACION DEL HOGAR

El(la) estudiante vive con:	<input type="checkbox"/> Ambos padres	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} Padre/Guardián	<input type="checkbox"/> 2 ^{do} Padre/Guardián
	<input type="checkbox"/> Otro (explique): _____		
1 ^{er} Padre/Guardián		2 ^{do} Padre/Guardián	
Nombre	_____	Nombre	_____
Tel de casa	_____	Tel. de casa	_____
Núm. de celular	_____	Núm. de celular	_____
Tel. del trabajo	_____	Tel. del trabajo	_____
Email	_____	Email	_____
HERMANOS(AS) (Por favor escriba los nombres de hermanos(as) del(la) estudiante que estén en los grados K-12)			
Nombre	_____	Edad	_____
		Escuela	_____
Nombre	_____	Edad	_____
		Escuela	_____
Nombre	_____	Edad	_____
		Escuela	_____
Nombre	_____	Edad	_____
		Escuela	_____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre	_____	Parentesco	_____	Teléfono	_____
Nombre	_____	Parentesco	_____	Teléfono	_____

TRANSPORTACION (Marque todas las que apliquen)

<input type="checkbox"/> Mi hijo(a) se irá a casa después de SUN	<input type="checkbox"/> Mi hijo(a) puede ser recogido(a) por:
<input type="checkbox"/> Será recogido por los padres/guardián	_____
<input type="checkbox"/> Caminará a casa	_____
<input type="checkbox"/> Usará el autobús escolar (SÓLO Reynolds SD estudiantes)	<input type="checkbox"/> Mi hijo(a) NO PUEDE ser recogido(a) por:
<input type="checkbox"/> Usará transporte público para ir a casa	_____

EXPECTATIVAS DE CONDUCTA

Las expectativas de comportamiento y conducta están descritas en la hoja que acompaña esta forma. Por favor marque aquí que usted ha leído las expectativas de conducta y que está de acuerdo en conversar con el Manager de la Escuela Comunitaria de SUN cuando exista alguna preocupación por el comportamiento de su hijo(a)	
<input type="checkbox"/> Sí, he leído las expectativas de conducta de la Escuela Comunitaria de SUN.	

FOTOGRAFIAS/ARTE PERMISO Y USO DE INTERNET

Fotografías de los participantes o de trabajos de arte creados durante las clases pueden ser tomadas. Estas fotografías pueden ser usadas en presentaciones de la escuela, en folletos para la comunidad, en materiales educativos y de promoción, los cuales pueden ser impresos, presentados en el internet o en forma de video/audio.			
¿Podría el programa tomar fotos de su hijo(a) y usarlas para las actividades antes señaladas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Podría el programa usar los trabajos de arte de su hijo(a) para las actividades antes señaladas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Le doy permiso a mi hijo(a) que use el Internet para proyectos del programa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

ESCUELA COMUNITARIA DE SUN LATINO NETWORK – AUTORIZACION PARA ACCESO A INFORMACION

Con la intención de proveer a su hijo(a) y a su familia con los mejores servicios y apoyo posibles, el coordinador de la Escuela Comunitaria de SUN necesita su permiso para poder compartir información con otras personas que están específicamente enseñando y sirviendo a su hijo(a). Esta información podría incluir el nombre del estudiante, el número de identificación del estudiante, grado, resultados de los exámenes, calificaciones, promedio escolar, asistencia, Plan de Educación Individual, información demográfica/información de disciplina, El coordinador de la Escuela Comunitaria de SUN solamente compartirá esta información cuando sea requerida por alguna agencia que colabora con SUN o que apoya al estudiante para que tenga éxito. Esta información también podría ser compartida

Los niños(as) podrían participar en las actividades de SUN independientemente de que sus padres/tutores legales acepten o no el compartimiento e intercambio de información educativa entre las escuelas y otras agencias.

<input type="checkbox"/>	SI , yo estoy autorizando la difusión e intercambio de los récords de mi estudiante. Yo entiendo que con el propósito de coordinar el apoyo para mi hijo(a), los empleados de SUN de Latino Network podrían también proporcionar información de manera verbal acerca la educación de mi hijo(a) y su desarrollo. Aquellos que reciban información bajo esta autorización entienden que esta información está protegida bajo las leyes federales y estatales. Estos empleados no están autorizados a proporcionar información a agencia alguna o persona que no esté enlistada en este documento sin el consentimiento por escrito del padre(s) o tutor legal.
<input type="checkbox"/>	NO , yo NO autorizo la difusión e intercambio de los récords de mi estudiante, pero quiero que mi hijo(a) participe en las actividades de SUN.

Nota: si usted no está autorizando la difusión de los récords de cualquier forma necesita leer las Expectativas de Conducta de SUN y discutir con el coordinador de SUN de la escuela cualquier pregunta o preocupación que usted pudiera tener. Ciertas expectativas de conducta deben ser cumplidas por los participantes para procurar la seguridad y bienestar de todos los participantes del programa de SUN

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha _____

PERMISO DE PADRES/TUTOR LEGAL PARA LA PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE SUN Y CONOCIMIENTO DEL RIESGO

A través de la presente otorgo permiso a mi hijo(a) para que participe en las actividades del programa de las escuelas comunitarias de SUN de **Latino Network** y para los viajes ocasionales fuera de la escuela que requieren mi autorización por escrito. Estoy consciente que no es posible prever las pérdidas potenciales derivadas de las actividades al interior y exterior de la escuela. Sabiendo que hay riesgos y peligros, yo entiendo las posibles consecuencias que la participación de mi hijo(a) en el programa pueden tener. Al firmar abajo, yo estoy de acuerdo en que mi hijo(a) participe en todas las actividades con completo conocimiento que existen riesgos o pérdidas inherentes a esta participación. Al firmar abajo, yo expresamente asumo, en representación de mi hijo(a), todos los riegos por lastimaduras o heridas asociadas por su participación en el programa. Yo doy mi consentimiento para que se use cualquier anestesia de emergencia, cirugía, hospitalización u otro tratamiento médico que podría ser necesario para mi hijo(a). Como padre o tutor legal de mi hijo(a), a través de la presente estoy de acuerdo en tomar completa responsabilidad financiera derivada de cualquier cuidado médico o de emergencia.

A través de la presente declaro con el mejor de mis conocimientos, que mi hijo(a) tiene las habilidades mentales y físicas para participar en las actividades del programa. Como padre/tutor legal de mi hijo(a) yo asumo toda la responsabilidad de mi hijo(a) si es que sale lastimado(a) físicamente o sufre alguna pérdida de propiedad personal como consecuencia de su participación en este programa.

Yo entiendo que mi hijo(a) necesita seguir las instrucciones y acatar las reglas aquí incluidas y las medidas de seguridad razonables. Yo entiendo que **Latino Network** se reserva el derecho de no permitir que mi hijo(a) participe en parte o en todas las actividades del programa si se determina que su participación no es segura. También entiendo y acepto que **Latino Network** también se reserva el derecho de suspender o expulsar estudiantes debido a preocupaciones de conducta.

Considerando profundamente la participación de mi hijo(a) en este programa, yo (de manera personal y a nombre de mi esposo(a) {de ser el caso} y a favor de mi hijo(a)), a través de la presente completa y permanentemente desligo y libero a **Latino Network** de cualquier reclamo, demanda, acción, causa de acción de cualquier tipo o naturaleza que pudiera surgir en cualquier forma debido la participación de mi hijo(a) en el programa. Asimismo, me comprometo a defender, asegurar y mantener a **Latino Network** libre de riesgos de alguna demanda, reclamo, pérdidas, responsabilidades, daños, acciones, causas de acción, juicios, costos y gastos (incluyendo costos de corte y pagos de abogados) de cualquier forma en absoluto que se derive, origine o relacione con la participación de mi hijo(a) en el programa.

Yo he leído, entendido y aceptado los términos y condiciones asentadas en el presente. Reconozco que este acuerdo debe ser efectivo y legalmente vinculado a mi hijo(a) y a mi durante su entera participación en el programa de la Escuela Comunitaria de SUN de **Latino Network**.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha _____

Nombre del Padre/Guardián: _____

SUN Community Schools es una colaboración entre el Condado de Multnomah, la Ciudad de Portland, y los distritos escolares de Centennial, David Douglas, Gresham-Barlow, Portland Public, Parkrose, y Reynolds y organizaciones no lucrativas.

