Center for YOUTH & Community Development

Nita M. Lowey Pennsylvania 21st Century Community Learning Centers

Soaring Beyond Expectations

Funded in full or in part with a grant by the Pennsylvania Department of Education

Programa Después de la Escuela

Inscripción Abierta

Ofrecemos un ambiente seguro y de apoyo para que cada estudiante pueda CRECEr como individuo.

- Ayuda con las tareas
- Actividades interactivas / cooperativas
- Desarrollo positivo del carácter
- Enriquecimiento Académico
- Exploración Ambiental
- Actividades de estilo de vida saludable
- Proyectos STEM
- Visitas especiales de músicos, artesanos y miembros de la comunidad

Nuestro programa es gratuito para todas las familias. 3 horas al día de lunes a jueves después del día escolar.

Para más información acerca del programa CFYCD en su escuela, o para inscribir a su hijo/a, comuniquese con Melisa al (717) 339-6201 o **mpatrono@cfygettysburg.com**

Collaborating for Youth ha proporcionado servicios a al condado de Adams durante más de 20 años.

Visite nuestra página web www.cfygettysburg.com

COLLABORATING FOR YOUTH
Doing what works in Adams County

Center for YOUTH & Community Development

P.O. Box 3576, Gettysburg, PA 17325
Teléfono: (717) 338-0300 www.cfygettysburg.com

Inscripción al CFYCD Programa Después de la Escuela 2021-22

Por favor utilice un lapicero de tinta negra para completar este formulario. Solo un(1) formulario por niño.

Escuela: _____Maestro(a)_____ Grado Escolar: _____

Nombre del Estudiante: _____Fecha de Nacimiento_____

Demografía *(esta información se utiliza únicamente para elaboración de informes):*

Género del estudiante *(marque uno):*	□ Masculino □ Femenino
El estudiante es elegible para *(marque uno):*	□ Almuerzo Gratis □ Almuerzo a precio reducido □ N/A
El estudiante recibe aprendizaje servicios de apoyo (marque uno):	□ SÍ □ NO
Raza/etnicidad del estudiante (marque uno o más):	□ Hispano / Latino □ Indio Americano/ Nativo de Alaska □ Asiático □ Afroamericano / Negro □ Blanco □ Isleño Hawaiano o Pacífico □ Nativo
¿El estudiante habla inglés como segundo idioma?	□ SÍ □ NO
¿El estudiante asistió con anterioridad al programa?	□ nuevo estudiante □ estudiante de regreso
¿Cuáles días el estudiante asistirá al programa?	□ **lunes** □ **martes** □ **miércoles** □ **jueves**
*** Estudiantes que asistan 4 días tendrán prioridad en el caso de una lista de espera con la posibilidad de perder el lugar en preferencia a los estudiantes que puedan asistir los 4 días. Pueden aplicarse excepciones especiales.**	

Acuerdo de Padres/Tutores (favor de leer cuidadosamente)

1. Entiendo que, para seguridad de mi hijo, debo firmar al momento de recogerlo del programa. También entiendo que mi hijo sólo se dejará ir con las personas enlistadas en la información de emergencia de mi hijo, y que seré contactado inmediatamente si cualquier persona no autorizada intenta recoger a mi hijo.

2. Entiendo que el personal del programa aplicará los menores primeros auxilios (vendas/bolsas de hielo) a mi hijo, pero no puede suministrar medicamentos por vía oral. El personal se comunicará con los padres o tutores si los primeros auxilios son necesarios. Doy consentimiento para que CFYCD busque atención médica de emergencia si es necesario.

3. Tengo pleno conocimiento de la naturaleza y el alcance de los riesgos para la salud de COVID-19 relacionados con la participación en las actividades del CFYCD. Yo, en mi nombre y en el del estudiante nombrado, asumo voluntariamente dichos riesgos y estoy de acuerdo en dar mi consentimiento de participación, que puede incluir distanciamiento social, uso de una cubierta facial y control de temperatura. Entiendo que en caso de que mi hijo tenga síntomas, se me notificará y lo recogeré inmediatamente del programa.

4. Entiendo que el programa de después de la escuela tiene la misma expectativa de comportamiento de los estudiantes como la escuela, y que asistir a cualquier programa de CFYCD es un privilegio y es voluntario.

5. Doy permiso para el personal de CFYCD obtenga la siguiente información de mi hijo en cumplimiento con la Encuesta Profesional de Desarrollo 21st CCLC: datos de asistencia a la escuela y puntualidad; datos de evaluación del estado (PSSA, otros resultados de exámenes, etc.); tarjeta de calificaciones; datos de disciplina de la escuela; encuestas de servicios pre y post; comentarios de los maestros y administradores, bajo el entendimiento de que esta información se mantendrá confidencial a todos niveles.

6. Yo doy permiso a CFYCD para tomar fotos y video de mi hijo en el programa después de clases con el entendimiento de que estas imágenes pueden utilizarse para: proyectos / mostrar tablas; anuarios de estudiantes, páginas de web/Facebook/Twitter de CFYCD; en los periódicos locales y compartir con socios y colaboradores de CFYCD.

7. Yo entiendo que, si la escuela se cancela o cierra temprano, no habrá ningún programa ese día, si CFYCD decide cancelar el programa, el personal se pondrá en contacto con los padres o tutores antes de 2:00pm siempre que sea posible.

8. Para facilitar la comunicación, estoy de acuerdo que mi número de teléfono celular se incluya en la aplicación de "Remind" del Programa de CFYCD para recibir anuncios, recordatorios o información actualizada.

_____

(Firma del padre o tutor) *(Fecha)*

Pennsylvania Nita M. Lowey 21st Century Community Learning Centers Program
Soaring Beyond Expectations

CFYCD Programa Después de la Escuela
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA 2021-22

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Edad: _____ Grado: _____
Escuela: _____ Maestro(a): _____
Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal: _____

INFORMACION DE LOS PADRES/ TUTOR

Nombre del padre o tutor: _____ Parentesco: _____
Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal: _____
Teléfono de línea: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre del padre o tutor: _____ Parentesco: _____
Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal: _____
Teléfono de línea: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL DE EMERGENCIA

Por favor enumere otras dos personas con las que podamos contactar y que tengan permiso para recoger a su hijo/a en caso de que los padres/tutores no estén disponibles. Estos contactos deben estar disponibles durante las horas del programa.

1. Nombre: _____Teléfono: _____ Parentesco_____
2. Nombre: _____Teléfono: _____ Parentesco_____

REQUISITOS ESPECIALES

Por favor indique cualquier alergia o condición médica: _____
Por favor indique alguna discapacidad o necesidad especial: _____

TRANSPORTACION - PROGRAMA DESPUES DE LA ESCUELA

- Puede recoger a su hijo 1/2 hora antes del cierre del programa. Favor de ser puntual, si frecuentemente llega tarde esto puede resultar en que su hijo no se le permita asistir al programa. Tendrá que firmar con el personal de CFYCD al salir del programa y es posible que deba proporcionar identificación.
- Si usted necesita hacer arreglos de transporte diferentes a los convenidos en esta forma debe envíe una nota fechada y firmada, al personal de CFYCD

Cualquier otra información que el Coordinador de CFYCD debe saber:

_____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____