

Programa CCSD REACH-OST

Programación antes y después de clases



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Nombre del Estudiante: _____ Género: _____ Grado: _____ Maestro/a: _____ Fecha de _____

Nacimiento: _____ Alergias: _____ Condiciones Médicas : _____

Lenguaje Primario: _____ Hispano/Latino ___ Caucásico ___ Nativo Americano ___ Afro Americano ___ Isleño del Pacífico ___ Asiático ___ Otro _____

Nombre del Estudiante: _____ Género: _____ Grado: _____ Maestro/a: _____ Fecha de _____

Nacimiento: _____ Alergias: _____ Condiciones Médicas : _____

Lenguaje Primario: _____ Hispano/Latino ___ Caucásico ___ Nativo Americano ___ Afro Americano ___ Isleño del Pacífico ___ Asiático ___ Otro _____

Nombre del Estudiante: _____ Género: _____ Grado: _____ Maestro/a: _____ Fecha de _____

Nacimiento: _____ Alergias: _____ Condiciones Médicas : _____

Lenguaje Primario: _____ Hispano/Latino ___ Caucásico ___ Nativo Americano ___ Afro Americano ___ Isleño del Pacífico ___ Asiático ___ Otro _____

Dirección de Casa: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono de Casa: _____

Nombre del Padre de Familia / Guardián: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular _____

Nombre del Padre de Familia / Guardián: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia #1: _____ Teléfono de Casa: _____ Celular: _____

Contacto de Emergencia #2: _____ Teléfono de Casa: _____ Celular: _____

Por lo presente doy permiso para que _____ participe en el programa REACH-OST del Distrito Escolar del Condado de Cache. Como padre / tutor, he leído el manual y los materiales del programa y hablé del programa con el participante. Reconozco que existe un elemento de riesgo asociado con el programa y reconozco mi aceptación de ese riesgo mediante la participación. En caso de una emergencia, doy permiso para que se le administre a mi hijo un tratamiento médico de emergencia. También reconozco que la accesibilidad o el uso de tabaco, alcohol, sustancias ilegales o materiales sexualmente explícitos están prohibidos por cualquier persona en cualquier lugar de las instalaciones. Estoy de acuerdo en eximir de responsabilidad a cualquier reclamo al Distrito Escolar del Condado de Cache y sus escuelas donde mi hijo participa en REACH y otros programas extracurriculares. Como padre / tutor, soy responsable de proporcionar transporte puntualmente a la hora de finalización designada por el sitio. También doy mi consentimiento para permitir que la imagen y / o semejanza de mi hijo aparezca en cualquier documental oficial, promocional, exclusivo de televisión, radio o cobertura cinematográfica de las publicaciones de los distritos escolares del condado de Cache de cualquier manera relacionada con la participación en la actividad de la escuela del condado de Cache, programas distritales sin compensación.

Firma del Padre/ Guardián: _____ Fecha: _____