

REQUERIDOS DE ELIGIBILIDAD

Antes de completar esta solicitud, esté seguro que su hijo/a sera en una escuela en la Ciudad de Baltimore y también será y el 2º, 3º, o 4º grado en el septiembre 2017.

Información del Niño		BCPSS ID#:	
Nombre:		Inicial Medio:	Apellido:
Fecha del Nacimiento: / /		Grado:	Edad:
Raíz:		Sexo:	
<input type="checkbox"/> Africano-Americano <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Latino/a <input type="checkbox"/> Otro/a:			
Información del Padre/ Guardián(ana) Legal:			
Nombre:		Apellido:	
Dirección:		Número del Apartamento:	
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Números de Teléfono:	Día: ()	Noche: ()	Celular: ()
Correo Electrónico:		¿Le gustaría recibir nuestro boletín informativo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Contacto de Emergencia:			
Nombre:		Apellido:	
Relación:		Número de Teléfono: ()	
Escuela Actual:			
Número:	Nombre:		
¿Hay otra escuela prefiere para un lugar de recoger a su hijo/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Sí si, ¿cuál escuela?:		Número:	Nombre:
Información Adicional:			
Tamaño de Camiseta: <input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Extra Grande			
Camisetas Adicionales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuántas camisetas adicionales quería pedir? _____			
Por favor, compruebe el rango de ingresos que indica su ingreso familiar bruto. Esto de ninguna manera le afecta a un participante la elegibilidad del programa:			
Más de Mediano	Bajo a Moderado	Muy Bajo	Extremadamente Bajo
\$72,483 o Superior	\$48,333 - \$72,482	\$24,848- \$48,322	\$24,847 o bajo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene permiso su hijo caminar a su casa del sitio de baja de su colegio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si no, indica las personas autorizadas para recoger a su hijo/a. <i>Por favor, indica las guarderías, parientes, vecinos, etc.</i>			
Nombre, Apellido		Relación	Número de Teléfono
¿Recibe su hijo/a servicios de educación especial durante el año escolar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si sí, ¿le da permiso al personal de SuperKids Camp para obtener una copia del Plan de Educación Individual (IEP) or 504 de su hijo/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contentó sí, por favor, describe cualesquieres necesidades especiales.			
<i>Por favor, nota que tratamos a encontrar los deseos de los participantes con necesidades espeicales, sin embargo, Parks & People no posee una obligación legal para proveer acomodaciones para cumplir con un IEP.</i>			
Clasifica la habilidad de leer de su hijo/a: <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Promedio <input type="checkbox"/> Bajo al Promedio			
¿Cómo oí sobre este programa? <input type="checkbox"/> Asistente Previo/a <input type="checkbox"/> El Boca a Boca			
<input type="checkbox"/> De la Escuela <input type="checkbox"/> De Un/a Asistente Previo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____			
¿Tiene Ud. o juventud (14 años o mayor) que tiene ínteres en ofrecerse con nuestro campamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

SI SU HIJO/A TOMA MEDICINA, COMPLETA ESTA SECCIÓN
Información de Publicación de Medicina

1. Alergias (incluyendo alergias a medicamentos, comida, mordidas de insectos) **Ninguna Alergia**

<i>Alergia</i>	<i>Reacción</i>	<i>Medicina Requerida (si hay)</i>

2. Medicinas Actuales (Medicina psiquiátrica, medicina sin receta médica, *inhaladores, etc*)

Por favor, lee la parte detrás de esta forma si esta tomado alguna medicina

Ninguna medicina

<i>Medicina</i>	<i>Tomado para: (Síntoma/ Condición)</i>	<i>Dosis</i>	<i>Fecha Empezada</i>	<i>Efectos Secundarios</i>

Nombre de Doctor (imprima):	Número de Teléfono:
-----------------------------	---------------------

3. ¿Hay algunas otras condiciones o restricciones que deberíamos estar consciente de para este verano? (restricciones de natación, etc.):

Soy el/la padre/guardián(ana) legal del niño en esta solicitud. Verifico que él/ella es físicamente en forma y tiene mi permiso para participar en el programa de SuperKids Camp. Entiendo que el campamento opera lunes a viernes, desde el 26 de junio del 2017, hasta el 4 de agosto del 2017 (excluyendo el 4 de julio del 2017). Para quedarse en el programa de SuperKids Camp, mi hijo/a tiene que atenerse a las reglas de conducta y al consejo de coordinadores del campamento/ líderes de grupos. Yo comprendo que Parks & People Foundation no tiene una obligación legal para proveer acomodaciones para el IEP. También estoy consciente de que cualquier acto de mal comportamiento de mi hijo/a puede resultar en su despido del programa. No estaré reembolsado el precio del campo después de la primera semana del programa en el evento de un despido de este tipo.

Yo doy permiso para que mi hijo/a participe en todas las actividades asociadas con SuperKids Camp. En el evento de cualquiera emergencia médica yo autorizo Parks & People Foundation o un representante designado obtener cuidado médico para mi hijo/a. La confidencialidad de todos los archivos de mi hijo/a, en cumplimiento con leyes nacionales y estatales, serán mantenidas por Parks and People y City Schools para la revelación mutua de archivos educativos, médicos, y psicológicos del estudiante entre los empleados, agentes, voluntarios, y contratistas. Yo doy permiso a City Schools para compartir los archivos educativos, médicos, y psicológicos de mi hijo/a a Parks & People Foundation.

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a pueda ser filmado o fotografiado para la promoción de los programas de Parks & People Foundation. También doy mi permiso a Parks & People Foundation usar, sin limitaciones u obligaciones, fotografías y película que puede incluir la imagen de mi hijo/a para la promoción de los programas de Parks & People Foundation.

Como un padre/guardián(ana) legal, yo pido que el/la coordinador(a) da la medicina a mi hijo/a como descrito en las instrucciones del doctor. Doy mi consentimiento escrito dando la autorización la administración de la medicina mientras mi hijo/a está en el programa de SuperKids Camp. Los empleados de Parks & People Foundation no están permitidos a dar medicina con receta médica sin el consentimiento de un padre o curador(a) legal. Ningunos de los empleados están permitidos a dar medicina por inyecciones.

Entiendo que el pago, que incluye un pago de \$20 sin reembolso, tiene que ser sometido con esta solicitud (dinero en efectivo y cheques no serán aceptado). Por el número limitado de estudiantes que puede aceptar al programa de SuperKids Camp, estoy consciente que **falta de pagar el pago de matriculación con esta forma puede resultar en la cancelación del matriculación de mi hijo/a** para dejar el espacio para otro estudiante eligible. Terminación de esta forma y pagamiento del pago del ingreso no garantiza un espacio para mi hijo en el programa de SuperKids Camp. Estoy consciente que no voy a estar reembolsado **por ninguna razón** después del 3 de julio del 2017.

He leído la información arriba y entiendo los términos y condiciones para la participación de mi hijo/a en el programa de SuperKids Camp.

Firma de Padre/Guardián(ana) Legal: _____ **Fecha:** _____

Información Suplementario

1. Clasifique cuales temas sería de interés a Ud. para talleres para padres.

1 - 1ª Opción, 2 - 2ª Opción, 3 - 3ª Opción

- _____ Herramientas para Mejorar La Capacidad de Lectura de Su Hijo/a
_____ Maneras para Mejorar Su Escuela
_____ Información sobre la Educación de Adultos
_____ Otro (Lista, por favor): _____

2. Completa la información abajo para la *Tarjeta de Identificación del Estudiante legiblemente*. Esta información será colocada en archivos de su hijo/a y tomará en nuestras actividades del enriquecimiento.



Tarjeta de Identificación del Estudiante

<p><u>Información sobre el Estudiante:</u></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Edad: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Raíz: _____</p> <p>Color de Ojos: _____ Color del Pelo : _____</p> <p>Estatura: _____ Peso: _____</p> <p>Dirección: _____ <u>Baltimore, MD</u> Código Postal: _____</p> <p>Escuela: _____</p> <p><u>Información del Padre/Guardián</u></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Número de Trabajo: _____</p> <p>Número de Celular: _____</p> <p>Número de Casa: _____</p>	<p><u>Información del Contacto de Emergencia</u></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Número de Teléfono: _____</p> <p><u>Información Médica:</u></p> <p>Alergias: _____</p> <p>_____</p> <p>Medicaciones: _____</p> <p>_____</p> <p><u>Otra Información Importante:</u></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

For Parks & People Foundation Staff Use Only

Payment Information:	Cash: _____ Money Order: _____ Scholarship: _____ Receipt #: _____
Scholarship Ineligibility Reason:	Income too high _____ No income verification documents _____ Other _____
Scholarship Approved By:	Name: _____ Date: _____
Application Received By:	Name: _____ Date: _____
Application Reviewed By:	Name: _____ Date: _____
Application Entered By:	Name: _____ Date: _____
Site Copy Made: _____	
Received: In Office _____ Mail _____ Online _____ Other: _____	