

Pine Middle School
TEAM UP
 Formulario de Inscripción

Información de Identificación y Emergencia
 (Esta aplicación tiene que ser completada por un padre de familia o un guardián.
 Los Cambios serán permitidos por la persona que firmo solamente y en persona.)

Información del Estudiante

Apellido: _____ Nombre: _____
 Domicilio: _____ Ciudad/Estado/Código: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Genero: _____ Grado: _____ Estatus de Lonche: Gratis
 Reducido Completo

Rasa : Hispano Blanco no hispano Asiático Africano Americano Americano Nativo
 Como el estudiante llegara a cada después del programa Padres lo recogerán Caminara Camión (si esta disponible) Otra _____

Padre/Guardián: _____ Madre/Guardián : _____
 Domicilio : _____ Domicilio: _____
 Ciudad/Código: _____ Ciudad/Código: _____
 Casa: _____ Trabajo: _____ Cel: _____ Casa: _____ Trabajo: _____ Cel: _____
 Fecha de Nacimiento : _____ ID # _____ Fecha de Nacimiento : _____ ID # _____
(Uso de Oficina solamente) (Uso de Oficina solamente)

Personas que puedan ser llamadas en caso de alguna emergencia y que estés autorizada para recogerlas. Apúntelas en la lista que desea que llamemos incluya los padres. Al recoger algún estudiante se les pedirá una identificación con foto.

Nombre	Domicilio	Teléfono	Celular	Relación con Estudiante

Marque si ay alguna restricción legal. Nombre las personas que NO pueden mirar o recoger el estudiante por órdenes legales solamente.
 Nombre: _____

Necesidades Especiales _____

Su hijo/a tiene algún problema medico (Alergias, medicinas, asma, diabetes, ataques, epilepsia, hiperactivo, retos emocionales o físicos) o algún problema de salud que ténganos que saber? Si No

Si contesto si, por favor listelos. _____

Nombre de Dr.: _____ Hospital: _____

For Office use only (uso de oficina solamente)			
Student Grade: _____	Teacher Name: _____	Room #: _____	
Spec Ed: _____	ESL: _____	Special Needs: _____	Student ID#: _____

Padre/Guardián permiso para la participación del estudiante en el programa TEAM UP

Por Favor Lea

Permiso: Yo doy permiso que el participante tome parte del programa escolar después de escuela TEAM UP que forma parte del Condado escolar de Washoe (WCSD) para que participe en las actividades que pueden incluir eventos fuera de la escuela, asistencia académica, educación continua, y programas recreativo. Si alguna emergencia medica llega a suceder, trabajadores del programa tomaran todas las medidas necesarias para asegurar el bienestar del el participante y llamaran, si es necesario, a transporte de servicios públicos de emergencia para que sea transportado a un local de emergencia donde lo puedan atender adecuadamente. Yo entiendo que yo seré el responsable por algún gasto de transportación de emergencias, cualquier gasto medico que sea necesario. Estoy de acuerdo a que si ay algún problema medico aparte de los que ya están apuntados en la parte de enfrente, les notificare inmediatamente al personal del programa TEAM UP.

Iniciales: _____

Asunción de Riesgo: Para mí, y mis herederos, albaceas, administradores, representantes legales, cesionarios y sucesores en interés (colectivamente denominados "sucesores"). Me puesta en libertad, siempre la aprobación de la gestión, y se compromete a no demandar WCSD, sus empleados, agentes miembros, patrocinadores, voluntarios, funcionarios. Los espectadores, o los propietarios de los bienes sobre los que el programa TEAM UP actividades pueden realizarse de cualquier y toda responsabilidad, las reclamaciones de pérdida, costo o gasto, incluyendo, pero no limitado a, las derivadas de daños a la propiedad o la pérdida, daño a mi cuerpo, el trauma mental, o la muerte, y renunciar a cualquiera de esos reclamaciones contra dichas personas u organizaciones, derivadas directa o indirectamente de, o atribuibles a cualquier camino legal, a cualquier negligencia u otra acción u omisión de cualquier acto de esas personas u organizaciones con el patrocinio, o la organización del programa EQUIPO ARRIBA incluidos los gastos de viaje y de eventos o actividades en las que yo podría ser un participante, voluntario o espectador. Por la presente renuncia a toda reclamación de esa clase, que me tienen en la actualidad o en lo sucesivo tener en contra de lo que antecede organizaciones o personas que, sin embargo causado. Iniciales: _____

Consentimiento: Yo le doy consentimiento al programa TEAM UP del WCSD para que pueda tomarle fotos al participante durante actividades del programa, para que el propósito de ser usadas en educación y relaciones publicas. Iniciales: _____

Código de Conducta: Como padre del participante le programa TEAM UP estoy de acuerdo en conducirme de una manera respetuosa, exhibir una conducta ejemplar y ser un modelo de buena conducta en todos los aspectos del programa. Yo seré cortés y demostrare buena conducta ante todo el personal del programa TEAM UP, el personal del programa se reserva los derechos de pedirle a cualquier padre de familia que se retire del lugar si su comportamiento no es apropiado para los menores. Iniciales: _____

Acuerdo de los Padres:

Como padre de familia de un participante del programa TEAM UP sus responsabilidades son las siguientes:

1. Mi hijo/a será recogido a la hora indicada por una persona autorizada, si llegan tarde habrá un cobro de \$1.00 (un dólar) por cada minuto que llegue tarde.
2. Yo entiendo que si llego 15 minutos tarde a recoger mi hijo, la policía o servicios de protección de niños serán llamados.
3. Es mi responsabilidad de notificarle al personal del programa de cualquier cambio de teléfono, dirección o contactos de emergencia. Iniciales: _____

Por la presente certifico que he leído y entendido la información que aparece en este formulario de inscripción:

Nombre _____

Nombre _____

Firma _____

Fecha _____

Firma _____

Fecha _____