



PROGRAMA POWER SCHOLARS ACADEMY™

Inscripción/Formulario de Datos

Por favor complete la siguiente información por cada niño/a inscrito en el programa.

Nombre del Niño/a: _____ **#ID Escolar:** _____

Fecha de Nacimiento: (mm/dd/yyyy) ____/____/____ **Género:** ☐ Masculino ☐ Femenino

Grado entrando (seleccione uno): ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 **Escuela del Niño/a:** _____

Talla de Camiseta del Niño/a: ☐ Small Adolescente ☐ Medium Adolescente ☐ Large Adolescente
☐ Small Adulto ☐ Medium Adulto

Firma Entrada y Salida: (seleccione uno)

☐ Mi hijo/a viajará en el bus hacia y desde la escuela (padre/tutor debe firmar debajo permitiendo el transporte en bus)

_____ Yo doy permiso para que mi hijo/a viaje en el bus hacia y desde el Power Scholars

☐ Mi hijo/a será llevado y recogido diariamente al programa por un adulto

Casa del Niño/Dirección: _____
Calle Código Postal

Padre/Tutor #1: _____
(Escriba por favor) Nombre Apellido

Relación con el Niño/a: _____ **Permite recogerlo? Si** _____ **No** _____

Teléfono principal: _____ **Otro teléfono:** _____

Dirección Email: _____

Padre/Tutor #2: _____
(Escriba por favor) Nombre Apellido

Relación con el Niño/a: _____ **Permite recogerlo? Si** _____ **No** _____

Teléfono principal: _____ **Otro teléfono:** _____

Dirección Email: _____

Contacto de Emergencia Nombre y Apellido	Relación con el Niño/a	Teléfono Principal	Otro Teléfono	Permite recogerlo?
1.				Sis____ No ____
2.				Si____ No ____
3.				Si____ No ____



Lista de todos los medicamentos que toma el Escolar de Power Academy (si no toma déjelo en blanco)

Nombre del Medicamento: _____ Requiere: _____

Nombre del Medicamento: _____ Requiere: _____

Nombre del Medicamento: _____ Requiere: _____

Todos los medicamentos con prescripción deben ser llevados a la enfermera de la escuela en su envase original rotulado.

Enumere todas las alergias y condiciones médicas (si no tiene déjelo en blanco)

Enumere las alergias a alimentos y limitaciones en la comida o problemas de salud (si no tiene déjelo en blanco)

Mi firma debajo indica

Yo he revisado este formulario de inscripción por la exactitud y entiendo que cualquier cambio debe ser comunicado inmediatamente a la Power Scholars Academy.

Me comprometo a que mi hijo/a asista diariamente a Power Scholars Academy. Si mi hijo/a está enfermo o no puede asistir yo notificaré al Administrador con anticipación.

Yo entiendo que la última semana de la excursión de estudio es para todos los escolares que hayan asistido al menos en un 85%.

Firma de Padre/Tutor _____ **Fecha** _____

Firma del Padre/Tutor _____ **Fecha** _____

SCHOOL USE ONLY: Priority Waitlist

Y USE ONLY: Confirmation Sent _____ Added to Roster _____ Entered in PDM _____

STAR Login _____



POWER SCHOLARS ACADEMY™ Exención y Acuerdos

Mi firma debajo indica que yo le doy permiso a mi hijo/a a participar en POWER SCHOLARS ACADEMY™, incluyendo todas las actividades de desarrollo, excursiones de estudio, caminatas y el proceso de evaluación. Yo entiendo que el proceso de evaluación incluye la recolección de datos demográficos, asistencia, resultados académicos y resultados de desarrollo juvenil.

Yo doy mi permiso, en caso de emergencia, para que mi hijo/a sea transportado al hospital más cercano para tratamiento.

Yo le doy a Lancaster Family YMCA, YMCA de USA, Distrito Escolar de Lancaster y a los Socios de Power Scholars Academy permiso para que utilicen las fotografías de mi hijo/a, video y su nombre en algún artículo que sea mostrado en la escuela o en los medios de comunicación.

Yo doy permiso para que mi hijo/a participe en las excursiones de estudios y viaje en el bus de la escuela con el programa de verano.

Yo estoy de acuerdo que Lancaster Family YMCA, YMCA de USA, Distrito Escolar de Lancaster y los Socios Participantes de Power Scholars Academy, tienen el derecho de utilizar los datos escolares de mi hijo/a y mis respuestas a encuestas en cualquier forma o manera y que yo no tendré objeciones a esto ahora ni en el futuro.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que los datos y respuesta de las encuestas puedan ser utilizadas como parte otro trabajo hecho por YMCA de USA u otros y que YMCA de USA puede suministrar este trabajo a otros también.

La información acerca de mi hijo/a no será divulgada fuera del proceso de investigación. El personal de investigación mantendrá confidencialidad acerca de mi hijo/a al no revelar su nombre a través de ningún material o datos.

Si mi hijo/a tiene un IEP u otro plan documentado, yo doy permiso para que el Distrito Escolar de Lancaster comparta esta información con Lancaster Family YMCA. Esto permitirá que YMCA trabaje colaborativamente con el Distrito Escolar de Lancaster para apoyo de las necesidades educativas de mi hijo/a con la mayor habilidad de YMCA.

Firma del Padre/Tutor _____ **Fecha** _____

Firma del Padre/Tutor _____ **Fecha** _____