

INTEGRATED MATHEMATICS I LAB

Bienvenida – Por favor, llene la siguiente forma de inscripción para que su hijo(a) puede enrolarse en este programa de Communities In Schools of East Chicago/Lake County. El credito de la escuela secundaria no sera dado a menos que tu niño asista a TODAS las sesiones regularmente.

Información de estudiante:

Número de Identificación de Estudiante: _____

Estudiante: _____ Género: _____ Raza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de casa: _____ Grado: _____ Cumulativo GPA: _____

Necesidades Especiales (si aplicable): Físico Educación Especial IEP Conocimiento limitados de inglés

Información del Padre:

Primer Contacto: *(Por favor marque: Madre Padre otro _____)*

Nombre del Madre (o guardián legal): _____

Dirección de casa: _____ Código Postal: _____ (Mismo de niño: Sí No)

Teléfono en Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del Padre (o guardián legal): _____

Dirección de casa: _____ Código Postal: _____ (Mismo de niño: Sí No)

Teléfono en Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Persona para Contactar en Emergencia

#1 Nombre: _____ Teléfono: _____ (Casa Celular)
(Relación a estudiante: _____)

#2 Nombre: _____ Teléfono: _____ (Casa Celular)
(Relación a estudiante: _____)

Política de Recogido:

- Mi niño ha sido instruido para caminar a casa después del Programa.
- Tomaré responsabilidad de recoger a niño(a) **inmediatamente** después del programa.
- Mi niño tiene permiso para cabalgar el autobús del School City de East Chicago.

Permiso para Programa Participación:


Doy permiso para mi niño(a), _____, participar en el Programa de Communities In Schools of East Chicago/Lake County.

FIRMA AQUI  Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

La Liberación de Información a los Medios

Durante el curso del programa puede ser que tomaron uno fotografía de los estudiantes para ayudar a promover y hacer público el programa.

Para indicar que das penniso de tomar una fotografía de su estudiante para ayudar a promover y hacer público el programa,

FIRMA AQUI  por favor firma aquí: _____ Fecha: _____

Por favor note que no firme si prefiere que su niño a no ser fotografiado



La autorización para Tratar a un Menor/Liberación/Información de Salud

Nombre de Menor: _____ Fecha de Nacimiento _____ Altura _____ Peso _____
Dirección de casa _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Escuela: _____

Los Yo/nosotros, el padre (padres) o guardián legal (guardianes) del encima de menor denominado, por la presente da el permiso de mi/nuestro para el niño de mi/nuestro a tomar parte en el programa del CISEC-LC y actividades, incluyendo transporte implicado para su participación en actividades fuera del campus, y absuelve CISEC-LC de la obligación a mí/nosotros y a los niños de mi/nuestro a causa de enfermedad o herida al niño del mi/nuestro o la pérdida de su propiedad que resulta de tal participación. Aún más, los Yo/nosotros por la presente asumimos todo riesgo asociado con la participación en el programa del CISEC-LC y actividades del niño de mi/nuestro, y concordamos en tener CISEC-LC inocuo, sus empleados, los agentes, los representantes, y los voluntarios de cualquier y toda obligación, las acciones, la línea de acción, las deudas, los reclamos o demanda de cualquier tipo y naturaleza todo lo que puede surgir por la con o en conexión con la participación del niño de mi/nuestro en cualquier actividad relacionada al programa del CISEC-LC.

En caso de emergencia médica, los yo/nosotros por la presente autorizamos liderazgo de CISEC-LC a ejercitar su discreción a obtener y/o proporcionando atención médica para el niño de mi/nuestro. Los Yo/nosotros por la presente asumimos responsabilidad llena para todas obligaciones financieras que surgen de transportar el niño de mi/nuestro a un centro médico, y para todos los otros gastos relacionados a obtener y/o proporcionando atención médica para el niño de mi/nuestro. Es comprendido que esta autorización es rendida avance de algún diagnóstico específico, cuidado de tratamiento de hospital para ser requerido, pero es dado a proporcionar la autoridad y la liberación para obtener o rendir cuidado que liderazgo de CISEC-LC, en el ejercicio de su mejor juicio, puede creer conveniente. Es comprendido que el esfuerzo será hecho para contactar el abajo firmante antes de la interpretación tratamiento al paciente, pero a ese tratamiento no será retenido si el abajo firmante no puede ser alcanzado.

Nombre de Compañía de Seguros de Asistencia Médica _____ Número de póliza _____

Nombre de Médico _____ Teléfono _____

¿Tiene usted cualquiera del siguiente? Si sí, explica por favor tipo y severidad:

Alergias de Medicina NO SI _____ Asma NO SI _____

Alergias de Alimento NO SI _____ Diabetes NO SI _____

Otras Alergias NO SI _____ Epilepsia NO SI _____

¿Toma usted cualquier medicina (medicinas) en una base regular y progresiva? Si sí, lista por favor:

Por favor de incluir cualquier otra condición de la salud o información médico en caso de necesidad de revelar a los profesionales médicos antes de tratamiento. _____

Por este medio certifico que el precedente es verdad & correcto, y que comprendo y acepto todas provisiones describir aquí.

El Nombre impreso de Madre/Guardián Legal _____ Fecha: _____



Firma _____ Teléfono en casa _____ Teléfono segundo _____

El Nombre impreso de Padre/Guardián Legal _____ Fecha: _____

Firma _____ Teléfono en casa _____ Teléfono segundo _____

La persona aparte de los padre(s)/guardián(s) para llamar por teléfono en caso de emergencia: {Relación a estudiante: _____}
Nombre _____ Teléfono en casa _____ Teléfono Segundo _____



Communities In Schools of Lake County
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PARIENTE O GUARDIAN

Nombre del Estudiante _____ Grado: _____

Número de identificación del estudiante: _____ Dirección de casa: _____

Escuela: Block Jr. High EC Central Otro _____

ESTIMADO PARIENTE O GUARDIAN:

Su hijo (a) ha sido referido a Communities In Schools of Lake County como alguien que se beneficiarían de los servicios de CIS. Su permiso es requerido para la participación de todas las actividades de Communities In Schools destinadas a aumentar la asistencia a la escuela, mejorar el aprendizaje, fomentar el desarrollo personal y social y (en grados altos) aumentar la empleabilidad y la elegibilidad para la universidad.

Entre los servicios ofrecidos por CIS están servicios de asesoramiento, actividades recreativas programas académicos y de enriquecimiento virtuales / en persona con salud y servicios humanos, viajes de campo, exploración de carreras, y asistencia en la preparación para la universidad. Con el fin de que su hijo (a) participe, su autorización y acuerdo con los términos de este formulario de consentimiento, como evidencia su firma a continuación es necesaria.

Yo, _____ concedo el permiso para que mi hijo(a), _____ participe en Communities In Schools of Lake County y en todos los servicios de CIS, mientras que el o ella estén matriculados en **East Chicago Central Escuela Secundaria** o hasta que yo notifique a CIS of Lake County, por escrito a mi deseo de retirar mi estudiante de los servicios de CIS. Yo expresamente autorizo lo siguiente:

1. Realizar entrevistas, pruebas y cuestionarios de programa de estudiantes para fines de evaluación.
2. Divulgación de la información confidencial (i. e el acceso a los expedientes de los estudiantes, incluyendo las calificaciones, calificaciones de las pruebas, asistencia o expedientes disciplinarios, entrevistas, etc.; acceso financiero, médicos, o asistencia pública de organismos apropiados) para personal profesional de CIS calificado según sea necesario. Sujeto a leyes federales y estatales, esta información se mantendrá en un asunto de carácter confidencial.
3. Referencias a otros organismos de servicios específicos (por ejemplo, salud, asistencia pública, 4th & Goal Mentoring, consejería y/ o pruebas psicológicas).
4. Transportación de mi hijo (a),(ya sea en un transporte público o privado, incluyendo autobús, taxi, o automóvil) en las salidas de campo, citas, reuniones, y otras actividades.
5. Participación en los servicios especificados en los planes de servicio de mi hijo (a), tales como consejería, tutoría, enriquecimiento cultural, y/o actividades recreativas.
6. Información de emergencia o tratamiento médico dental de un hospital local o por cualquier profesional autorizado o dentista en caso de enfermedad, accidente o emergencia, si no estoy en condiciones de ser alcanzado de manera oportuna.
7. Participación en fotos, entrevistas y/o video relacionados con el programa, y el uso de cualquiera de estos por Communities In Schools para publicidad, entrenamiento y/o fines de relaciones públicas.
8. Yo reconozco que este consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento informando a un miembro de CIS of Lake County, por escrito, salvo consentimiento previo que se aplicaran en la medida en que la agencias ya han tomado medidas en la dependencia de la misma.

Yo puedo decir que no voy a retener a Communities In Schools of Lake County, Inc. o cualquier otro sitio de trabajo, organización o agencia, responsable de médicos y/o tratamientos quirúrgicos en caso de enfermedad, accidente o cualquier otra situación de emergencia. Yo estoy de acuerdo en que los servicios proveídos por CIS of Lake County están llenos y adecuados para esta renuncia.

Para promover el desarrollo académico, personal y profesional de mi hijo (a), voy a participar en al menos dos conferencias de padres/tutores por año para discutir el progreso de mi hijo (a) (ya sea a través de una visita de casa o visita de escuela).

A continuación se detallan las actividades en las que no quiero que mi hijo (a) participe: _____

Firma de Pariente/Guardian _____

Fecha _____

CORREO ELECTRONICO DEL PARIENTE _____

TELEFONO: _____