

# Inscripción Estudiantil para el Programa Después de la Escuela de WCPSS

Año escolar: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del estudiante: \_\_\_\_\_

Hay un cargo de inscripción de \$15.00 por solicitante. Por favor haga el cheque a nombre de la escuela. Coloque el nombre de su hijo en el cheque.

Identificación del estudiante (requerido) \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Apellido del estudiante \_\_\_\_\_

Nombre a usarse con el estudiante \_\_\_\_\_

Maestro aula principal \_\_\_\_\_ Nivel de grado \_\_\_\_ Ciclo \_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio:

Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Padre/Tutor Legal **Principal** Nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

¿La dirección es la misma del niño? sí  no

Si es diferente:

Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Por favor incluya todos los números telefónicos que aplican y seleccione uno como contacto principal:

Tel. de casa  (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tel. de día  (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tel. celular  (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico principal para enviar recibos \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Lugar de empleo \_\_\_\_\_

Padre/Tutor Legal **Secundario** Nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

¿La dirección es la misma del niño? sí  no

Si es diferente:

Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Por favor incluya todos los números telefónicos que aplican y seleccione uno como contacto secundario

Tel. de casa  (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tel. de día  (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tel. celular  (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico secundario para enviar recibos \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Marque todos lo que aplican:

- Programa de lunes a Viernes
- Sólo Salida Temprana
- Días PLT-Sólo Personal

**Programa de Tarifa diaria**

- Todos los lunes
- Todos los martes
- Todos los miércoles
- Todos los jueves
- Todos los viernes

En caso de emergencia, notifique a la (s) siguientes persona(s) si no se puede comunicar con los padres/tutores legales:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombres de las personas a las cuales el personal del programa puede entregar el estudiante, según lo autorizado por la persona que firma la solicitud:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Su estudiante tiene alergias o alguna enfermedad crónica? De ser sí, ¿Cuáles son?

\_\_\_\_\_

¿Su estudiante toma medicamentos y/o tiene un plan médico archivado con la escuela? De ser sí, explique.

\_\_\_\_\_

Por favor comparta cualquier otra información que le gustaría que sepa el personal del programa Después de la Escuela sobre su estudiante (intereses especiales, temores, comportamientos, arreglos de custodia, etc.).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mi firma indica que yo he recibido, leído y entiendo la información perfilada en:

- la *Escala de Mensualidades y Programa de Pagos del Programa Después de la Escuela*
- la *Información del Padre del Programa de Después de la Escuela*, y
- la *Política de Disciplina y la Política de Manejo del Comportamiento*

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor Legal

Distribución: Inscripción original firmada, archivada en los expedientes del programa; copia de la inscripción firmada entregada al padre.