



Access AfterSchool GSMS FORMULARIO PARA PROGRAMA DESPUÉS DE ESCUELA

Nombre _____ Grado _____

Tipo de pago: Cheque Efectivo

POR FAVOR MARQUE LA CLASES/CLASES QUE QUISIERA TOMAR.

El bocadillo es a las 3:15 p.m. Las clases empiezan a las 3:30 p.m. y acaban a las 4:30 p.m.

	Day of the Week Class is Scheduled		
Academic Classes (XLR8)			
___ Ayuda con tarea	Lunes		
___ Ayuda con tarea		Martes	
___ Habilidades Matemáticas	Lunes		
___ Habilidades Matemáticas		Martes	
___ 8º Grado Humanidades		Martes	Jueves (con cita)

AYUDA CON TAREA

Estudiantes pueden traer su tarea de matematicas o de estudios humanitarios para recibir mas ayuda. Tambien pueden unirse a el grupo si necesitan mas ayuda en lectura y escritura para proyectos y reportes de la escuela.

- Enseñada por Ms. Townsend, Mr. Baum o Ms. Peplin. Clases es 1 hora.
- Escoje uno dia o ambos dias (lunes y/o martes)

HABILIDADES MATEMÁTICAS

¿Está buscando ayuda con las matemáticas? Unirse a la señora Peterson en este de una hora por sesión de la semana para obtener el tiempo extra en las habilidades matemáticas.

- Enseñada por Ms. Peterson, Clases es 1 hora.
- Escoje uno dia o ambos dias (lunes y/o martes)

8º GRADO HUMANIDADES

8º Grado de Humanidades ayudará a ofrecer apoyo en las artes del lenguaje y estudios sociales. Esto incluye, pero no se limita a: redacción, edición, proyectos, informes de libros, reevaluaciones y extensiones. A medida que pasamos al segundo semestre, la carga de trabajo para las clases del octavo grado puede convertirse en un desafío. Venga a recibir un apoyo adicional en artes del lenguaje y estudios sociales los martes de 3:30 a 5:00 y los jueves por solicitudes de los estudiantes. ¡Prepárate para secundaria!



FOR OFFICE USE ONLY

SAISID# _____

Accelerate (XLR8) Permiso de Participación y Formulario de Salud

Este formulario debe ser completado y firmado para que su estudiante pueda participar

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Género _____
¿A cuál escuela atiende su estudiante? BMS _____ CMS _____ GSMS _____ Grado _____

Nombre de Padre/Guardián _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____

E-mail _____ ¿En cuál condado trabaja usted? Garfield ___ Pitkin ___ Eagle ___ Otro ___

Permiso de Uso de Material: Doy permiso a Access AfterSchool y las agencias participantes de utilizar video y/o fotografías del estudiante antedicho para propósitos promocionales y/o informativos permitidos. _____ (Ponga sus iniciales para dar permiso)

INFORMACIÓN DE SALUD Y EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

Nombre en Caso de Emergencia: _____ Teléfono: _____
(Ponga el contacto de otra persona en caso que no podamos comunicarnos con el padre/guardián en case de una emergencia)

¿Ha tenido su hijo(a) alguna enfermedad grave o problema médico? Por ejemplo: asma, convulsiones, diabetes, fiebre reumática, alergias, problemas del corazón, úlceras, epilepsia, etc. SI ___ NO ___ Si marcó Sí, identifique el tipo de problema y explíquelo _____

¿Está tomando ahora algún medicamento para ese problema? SI ___ NO ___ Si marcó Sí, ¿Qué tipo de medicamento? _____

¿Tiene su hijo(a) alguna limitación por motivos médicos para realizar alguna actividad? SI ___ NO ___

Si marcó Sí, explíquelo _____

Exoneración en Caso de Emergencia: En caso de que no puedan comunicarse conmigo en una emergencia, acuerdo aceptar cualquier y todas las determinaciones si se requiere ayuda médica y/o del proporciona miento de atención médica juzgada necesaria por representantes de Access AfterSchool. Doy permiso al personal médico seleccionado por los representantes de ACCESS para conseguir médicos, hospitalización, y/o tratamiento quirúrgico y dental. En el caso de que sea necesario atención médica, los padres o el guardián se harán responsables por todos los costos.

Yo, el padre / guardián legal del joven antes mencionado, doy mi aprobación para la participación en el programa XLR8. ACCESS. Entiendo que mi estudiante puede salir del salón antes del final de la clase si es que él/ella termina con sus asignaciones del día. Entiendo que ACCESS no es responsable de mi estudiante luego que se retire del programa. Asumo todos los riesgos de cualquier lesión y acepto mantener indemne a ACCESS y organismos participantes de demanda(s) de cualquier naturaleza derivados de cualquier actividad, incluyendo el transporte, relacionada con el programa. Este acuerdo de mantener indemne de toda responsabilidad incluye, pero no es limitado a, cualquier reclamo por lesión como resultado de negligencia de ACCESS, sus empleados, agentes, agencias participantes y voluntarios. Doy mi consentimiento para que la escuela de mi estudiante comparta la información confidencial de mi estudiante con ACCESS, con el único propósito de evaluación y administración del programa.

Firma de Padre/Guardián _____ Fecha _____

Por favor use este espacio para darnos información adicional que nos ayude darle un mejor servicio a su estudiante.