



**DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE PALM BEACH**  
**DEPARTAMENTO DE APRENDIZAJE EXTENDIDO Y EDUCACIÓN PARA LA PRIMERA INFANCIA**  
**Formulario de Matriculación para los Programas de Cuidado Después del Horario Escolar y los Servicios Integrales del Programa VPK**

**Programas de Cuidado Después del Horario Escolar**

**Servicios Integrales del VPK**

Elija uno:		Programa:		Talla de Camisa:	
<input type="checkbox"/> Matriculación de Estudiantes Regulares	<input type="checkbox"/> A tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Programa Después del Horario Escolar de la Escuela Intermedia	<input type="checkbox"/> Joven XS	<input type="checkbox"/> Joven XL	<input type="checkbox"/> Adulto XL
<input type="checkbox"/> Solo para los Días de Campamento	<input type="checkbox"/> A Tiempo Parcial		<input type="checkbox"/> Joven S	<input type="checkbox"/> Adulto S	<input type="checkbox"/> Adulto 2X
<input type="checkbox"/> 21st CCLC/Programas de Verano	<input type="checkbox"/> A.M.		<input type="checkbox"/> Joven M	<input type="checkbox"/> Adulto M	<input type="checkbox"/> Adulto 3X
<input type="checkbox"/> Matriculación para Campamento de Verano	<input type="checkbox"/> 21st CCLC		<input type="checkbox"/> Joven L	<input type="checkbox"/> Adulto L	

Elija uno:

2:00 PM-4:00 PM

2:00 PM-6:00 PM

Se cobrará una cuota no reembolsable de \$35 por estudiante al momento de realizar la matriculación regular. Los costos de la matriculación para los campamentos de verano varían dependiendo del programa. Complete TODAS LAS ÁREAS en los dos lados de este formulario. No deje ningún área sin contestar. Se tiene que completar un formulario de matriculación para cada estudiante ANUALMENTE.

# del Estudiante	Nombre del Estudiante	2.º Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Anterior del Estudiante o ALIAS (si corresponde)
Dirección Local del Estudiante (# de la casa, nombre de la calle, # del departamento)			Ciudad	Estado	Código Postal
Género	Grado al que Ingresó	Edad	Fecha de Nacimiento	Nombre de la Escuela	

¿Con quién reside el estudiante?  Padres  Tutores  Abuelos  Hogar de Crianza Temporal  Centro de Acogida  Otro \_\_\_\_\_

Nombre de la última escuela a la que asistió en el Condado de Palm Beach \_\_\_\_\_

¿Se habla en casa otro idioma además del inglés?  Sí  No (especifique el idioma) \_\_\_\_\_

¿Es el primer idioma del estudiante otro que no sea inglés?  Sí  No (especifique el idioma) \_\_\_\_\_

¿Tiene el estudiante hermano(s) matriculado(s) en escuelas del Condado de Palm Beach?  Sí  No Si es así, provea los nombres, grados y escuela a la que asisten.

**INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES**

Uno de los Padres o Tutores	Correo electrónico (opcional)
-----------------------------	-------------------------------

Dirección si no es la misma del estudiante (# de la casa, nombre de la calle, # del departamento, ciudad, estado, código postal)

Lugar de Trabajo	Número Telefónico del Trabajo (opcional)
------------------	--

Número de Teléfono de la Casa	Número de Teléfono Celular	¿Acepta mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------------------	----------------------------	---

Uno de los Padres o Tutores	Correo Electrónico (opcional)
-----------------------------	-------------------------------

Dirección si no es la misma del estudiante (# de la casa, nombre de la calle, # del apartamento, ciudad, estado, código postal)

Lugar de Trabajo	Número Telefónico del Trabajo (opcional)
------------------	--

Número de Teléfono de la Casa	Número de Teléfono Celular	¿Acepta mensajes texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------------------	----------------------------	--

**DEBE CONTESTAR LAS PREGUNTAS DESDE LA A HASTA LA D**

- A. ¿Hay una Orden Judicial que prohíba a cualquiera de los padres recoger al estudiante de la escuela?  Sí  No
- B. ¿Tienen los padres derechos y responsabilidades compartidas (o conjuntamente)?  Sí  No
- C. ¿Alguno de los padres tiene la autoridad para tomar decisiones finales relacionadas con la educación? del estudiante?  Sí  No
- D. ¿Hay una Orden de Restricción Temporal o Permanente, Orden de Alejamiento u otra Orden Judicial que restrinja o afecte el acceso de cualquier persona hacia el estudiante, incluyendo uno de los padres o tutores?  Sí  No

**Por favor, proporcione al programa del cuidado después del horario escolar una copia de CUALQUIER orden judicial si corresponde**

**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA - Proporcione el nombre(s) de la persona(s), aparte de los padres/tutores que está autorizada para recoger al estudiante.**

Nombre (primer nombre, inicial del 2.º nombre, apellido)	Parentesco con el Estudiante	Número telefónico

Proporcione una **contraseña** que será utilizada cuando se recoja al estudiante. Limite la contraseña a 10 caracteres o menos .

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>Formulario de Matriculación para los Programas de Cuidado Después del Horario Escolar, continuación</b>	# de Estudiante	Nombre Legal del Estudiante	2.º Nombre	Apellido
--	-----------------	-----------------------------	------------	----------

**INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD & EDUCACIÓN**

Seguro médico del estudiante (marque todas las que correspondan)  Medicaid  Healthy Kids/Kid Care  Privado  Ninguno

Nombre del Médico: Seguro médico de (marque todo lo que corresponda)	# Telefónico del Médico
---	-------------------------

¿Padece el estudiante de alergias? Si es así, describa a continuación si son o no un peligro para su vida?  N/A

Escriba las condiciones médicas, problemas de comportamiento o limitaciones físicas. <input type="checkbox"/> N/A	Mencione todos los medicamentos que el estudiante toma en casa y en la escuela (indique en la casa o en la escuela) El doctor tiene que proveer el formulario que autoriza los medicamentos suministrados al estudiante en la escuela ( <b>El padre/tutor debe proveer el formulario del doctor que autoriza que se le administren medicamento(s) al estudiante en la escuela</b> ) <input type="checkbox"/> N/A
---	--

¿Tiene el estudiante un Plan Individual de Educación (IEP) o 504?  Sí  No (Si es así, por favor, proporcione una copia del plan al Programa de Cuidado Después del Horario Escolar.)

**LEA CUIDADOSAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. MARQUE LAS CASILLAS APROPIADAS DEBAJO DE LAS AFIRMACIONES Y FIRME A CONTINUACIÓN.**

**Autorización de los padres para publicar la información y fotografías de los estudiantes:** Por medio de la presente autorizo a la escuela o al Distrito para que utilice fotos, imágenes de video, escritos, grabaciones de voz, nombre, grado, nombre de la escuela, participación de mi hijo en actividades y deportes oficialmente reconocidos, peso y estatura de los miembros de equipos deportivos, fechas de asistencia, diplomas y reconocimientos recibidos, fecha y lugar de nacimiento, y la escuela a la que asistió recientemente, en los anuarios escolares, programas de graduación, carteleras de teatro, producciones escolares, sitios web, redes sociales, etc. y/o en publicaciones similares patrocinadas por la escuela o en entrevistas de los medios de comunicación aprobados por la escuela o el Distrito. También doy mi autorización para que el Distrito o la escuela publiquen ante los medios de comunicación y entidades gubernamentales el nombre, grado, nombre de la escuela de mi hijo y honores que mi hijo ha recibido para que se haga público el reconocimiento de sus logros. **Comprendo que si no marco la casilla correspondiente el nombre de mi hijo y su fotografía no pueden ni serán incluidos en ninguna publicación o presentación, incluyendo el anuario escolar.**

Doy mi autorización  No doy mi autorización

**Aviso sobre la publicación de los informes médicos:** Los informes o información médica de su hijo que ha sido proporcionada a la escuela forman parte de la información del estudiante que está sujeta a los requisitos de FERPA, 20 U.S.C.A. 1232g. Por lo tanto, esta información puede publicarse sin la autorización escrita del padre/ tutor según lo autoriza FERPA, incluyendo si es utilizada por un profesor u otro funcionario escolar que tenga un interés educativo legítimo o si la publicación se hace a una parte apropiada y es necesario proteger la salud o seguridad de los estudiantes u otras personas.

**Verificación de la Matriculación del Estudiante.** La matriculación no es válida sin una firma y fecha de verificación. Mi firma indica un acuerdo para aceptar las normas y procedimientos establecidos por el Programa de Cuidado Después del Horario Escolar (consultar el Manual del Programa de Cuidado Después del Horario Escolar.)

**Aviso de la Norma para los Estudiantes sobre el uso Aceptable de la Tecnología:** Su hijo(a) puede tener acceso en la escuela, durante muchas actividades escolares, a ciertos recursos tecnológicos del Distrito, incluyendo la Internet e Intranet del Distrito. El acceso a la Internet de la escuela por parte de su hijo es filtrado para cumplir con la Ley de Protección de los Niños para el Acceso a la Internet y la Norma 8.125 de la Junta Escolar. Se requiere que su hijo cumpla con los estándares y normas de uso aceptables que están estipuladas en la Norma 8.123, el Manual mencionado y el Aviso para los Estudiantes de las Condiciones para el uso de la Tecnología del Distrito y que se rija por sus condiciones. Hay solamente una posibilidad limitada de privacidad en la medida que la ley lo requiera relacionada con el uso de estos recursos tecnológicos por parte del estudiante. Antes de que su hijo utilice estos recursos del Distrito, su hijo leerá, se le leerá y/o le explicarán estos documentos y reconocerá en forma electrónica que comprende y que está de acuerdo en cumplirlas.

Lo invitamos a leer esta Norma, el Manual y el Aviso. Si necesita ayuda para leer los documentos, puede solicitar ayuda a la escuela. La Norma está disponible en: <http://go.boarddocs.com/fl.palmbeach/Board.nsf/Public#> en el Capítulo 8 -- Norma 8.123.

**Bajo pena de perjurio, declaro** que he leído el formulario anterior y que los hechos mencionados en él son verdaderos y precisos. La sección 92.525 (3) de los Estatutos de la Florida establece que quien se considere que intencionalmente hace una declaración falsa bajo pena de perjurio es culpable de delito en tercer grado.

Al firmar a continuación, comprendo y estoy de acuerdo que es mi responsabilidad comunicarme con la escuela de mi hijo inmediatamente para informarles de cualquier cambio en la información de contacto incluyendo nombre, dirección, número telefónico de la casa o celular o correo electrónico. Si he acordado en aceptar mensajes de texto en mi celular, comprendo que el proveedor de mi servicio telefónico puede aplicar las tarifas de mensajería estándar. Estoy de acuerdo en reembolsar al Distrito por cualquier multa, pagos, gastos u otros daños en que se incurra causados por mi incumplimiento en actualizar mi información de contacto. Además, por medio de la presente, doy mi consentimiento para recibir llamadas automarcadas y/o pregrabadas del Distrito Escolar del Condado de Palm Beach o a su nombre al número(s) telefónico(s) proporcionado(s) en la página 1, incluyendo mi número celular, si así corresponde.

**LA MATRICULACIÓN NO ES VÁLIDA SIN LA FIRMA Y FECHA.**

*(Firma de uno de los Padres/Tutores (a menos que el estudiante sea emancipado))* \_\_\_\_\_ **Fecha**

**FOR AFTERSCHOOL PERSONNEL USE ONLY**

Teacher's Name \_\_\_\_\_ Enrollment Date

Registration Payment Type  Cash  Check  Check # or Money Order \_\_\_\_\_ Entered in EZ-Care2 \_\_\_\_\_