



# PERMISO DE PADRES E INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE OAKLAND

PROGRAMAS DESPUÉS DE ESCUELA DE ASES y/o 21<sup>st</sup> CENTURY – PRIMARIA Y SECUNDARIA

Le doy permiso a mi hijo para participar en el Programa después de escuela EBAYC 2020-2021.  
Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del padre/Guardián \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, contáctese con:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono: trabajo/casa/celular \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono: trabajo/casa/celular \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene cobertura de salud?  Sí  No

Nombre del seguro médico \_\_\_\_\_ # de Póliza/seguro \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado Principal \_\_\_\_\_

Historia médica que puede ser importante \_\_\_\_\_ Medicación que está tomando el estudiante \_\_\_\_\_

Enumerar cualquier alergia: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor del niño \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Autorizo al personal del programa extracurricular a proporcionar y / u obtener tratamiento médico de emergencia que puede ser necesario para mi hijo durante el programa después de la escuela.

Nombre del padre / tutor \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

Entiendo la naturaleza del programa después de la escuela y esa participación es voluntaria. Entiendo que el Distrito Escolar Unificado de Oakland no es responsable de la pérdida, daño, enfermedad o lesión de una persona o propiedad como resultado de la participación en el programa después de la escuela. Por la presente, libero y descargo al Distrito Escolar Unificado de Oakland y sus oficiales, empleados, agentes y voluntarios de todos y cada uno de los reclamos por lesión, enfermedad, muerte, pérdida o daño como resultado de las actividades del programa después de la escuela.



\_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor / cuidador

\_\_\_\_\_

Fecha

## POLÍTICAS DE ASISTENCIA AL PROGRAMA DESPUÉS DE LA ESCUELA

Entiendo que se espera que mi hijo participe plenamente en el programa después de la escuela:

❖ Se espera que los estudiantes de la **escuela primaria** participen en el programa después de la escuela **todos los días hasta las 6 pm, por un total de 15 horas por semana.**

❖ A los **estudiantes de secundaria** que participan en el programa después de la **escuela por lo menos 3 días por semana hasta las 6 pm, por un mínimo de 9 horas por semana** se les dará prioridad para la inscripción.

Entiendo que los estudiantes elegibles que pueden cumplir con estos requisitos de asistencia tienen prioridad para la inscripción y que, si mi hijo no puede participar completamente, mi hijo puede perder su lugar en el programa.

Entiendo que mi hijo (en segundo grado o superior) debe iniciar sesión en el programa todos los días y mi hijo (aplicable a estudiantes de secundaria) o su padre / madre / tutor legal debe registrar su salida del programa diariamente.

## POLÍTICA DE ENTRADA / SALIDA ESTUDIANTIL

Como padre / tutor, entiendo que el Programa Después de Clases comenzará inmediatamente después de que termine la escuela y terminará a las 6:00 P.M. No se permitirá salir a los estudiantes del Programa Después de la Escuela hasta que los padres / tutores o uno de los individuos que se enumeran a continuación firmen su salida.



\_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor / cuidador

\_\_\_\_\_

Fecha

Cuando no puedo recoger a mi hijo, doy permiso al personal del Programa Después de la Escuela a dejar mi hijo con:

\_\_\_\_\_

Nombre/Relación

\_\_\_\_\_

Teléfono: trabajo/casa/celular

\_\_\_\_\_

Nombre/Relación

\_\_\_\_\_

Teléfono: trabajo/casa/celular

RECORDATORIO: Por favor recoja a su hijo a tiempo al final del cierre del programa establecido. Si los estudiantes no son recogidos al finalizar el programa, la ley exige que el personal del Programa Después de la Escuela se presente ante el Departamento de Protección Infantil o la policía. **Tenga en cuenta: Si llega tarde tres veces a recoger a su hijo, resultará en su despido del programa.**



### PERMISO PARA EVALUAR PROGRAMAS Y MONITOREAR EL PROGRESO DEL ESTUDIANTE

Para el año escolar 2020-2021, doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar Unificado de Oakland divulgue los datos académicos confidenciales de mi hijo al Programa después de la escuela (puntajes de exámenes, boletas de calificaciones, asistencia y otros índices de rendimiento), e ingrese los datos de mi hijo en la base de datos creada para los programas después de la escuela con el único propósito de proporcionar apoyo específico e instrucción académica y evaluar la efectividad académica del Programa Después de la Escuela. También doy permiso para que el personal del Programa Después de la Escuela supervise el progreso de mi estudiante y solicite a mi hijo que participe voluntariamente en las encuestas de evaluación con el fin de determinar la efectividad del programa. Entiendo que el consentimiento para divulgar información y evaluar programas no es un requisito para participar en el programa después de clases y que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito al Programa después de clases y a la oficina de Programas después de clases de OUSD.



\_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor / cuidador

\_\_\_\_\_

Fecha

### PERMISO PARA FOTOS Y VIDEOS

Durante la asistencia de su hijo al Programa Después de la Escuela, él / ella puede participar en una actividad que está siendo fotografiada o grabada en video; estas fotografías / grabaciones de video pueden usarse con fines promocionales.

Mi hijo \_\_\_\_\_ sí puede \_\_\_\_\_ no puede ser fotografiado / grabado en video por el programa después de escuela con fines promocionales.

Autorizo al OUSD o a cualquier tercero que haya sido aprobado para fotografiar o grabar en video a mi hijo durante las actividades del programa Después de Clases y para editar o usar cualquier fotografía o grabación a exclusivo criterio de OUSD. Entiendo que ni mi hijo ni yo tendremos derecho legal o intereses derivados de la grabación, incluidos los intereses económicos. También estoy de acuerdo en absolver de responsabilidad al OUSD y a cualquier tercero que haya aprobado de y en contra de todos los reclamos, demandas, daños y responsabilidades que surjan del uso de la grabación.



\_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor / cuidador

\_\_\_\_\_

Fecha

### NOTA ESPECIAL CON RESPECTO A LAS HONORARIOS DEL PROGRAMA

Los programas que cobran tarifas familiares eximirán o reducirán el costo de estas tarifas para los estudiantes que son elegibles para comidas gratuitas o a precios reducidos. Los programas no pueden cobrar una tarifa si el niño es un joven sin hogar, según lo define la Ley federal de asistencia a personas sin hogar McKinney-Vento (42 USC Sec.1143a), recién llegados (refugiados, asilados y menores no acompañados), o si el niño está bajo cuidado temporal del estado. **Ningún estudiante elegible puede ser rechazado por no poder pagar el costo del programa.**



## PERMISO PARA SALIDA TEMPRANA (OPCIONAL)

ESTUDIANTES DE PRIMARIA Y DE ESCUELA SECUNDARIA

- ❖ Se espera que los **estudiantes de primaria** participen en el programa después de la escuela **todos los días hasta las 6 P.M., por un total de 15 horas por semana.**
- ❖ Los estudiantes de escuela secundaria que participen en el programa después de la escuela **por lo menos 3 días por semana hasta las 6 pm, por un mínimo de 9 horas tendrán prioridad.**

Los estudiantes que pueden cumplir con estos requisitos de asistencia tienen prioridad para la inscripción.

Con base en la Política de Salida Temprana de OUSD, las familias pueden solicitar la Salida Temprana de su hijo del programa después de la escuela por cualquiera de las siguientes razones:

- Programa paralelo
- Emergencia familiar
- Circunstancia personal familiar
- Cita médica
- Transportación
- Seguridad comunitaria
- Accidente
- Otras condiciones, según apropiado

Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del programa: \_\_\_\_\_

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

Grado: \_\_\_\_\_

Solicito la salida temprana de mi hijo del Programa extracurricular a las \_\_\_\_\_ P.M.  
(Por favor marque la razón)

- Estoy preocupado por la seguridad de mi hijo al regresar a casa solo después del anochecer.
- No estoy disponible para recoger a mi hijo después de este tiempo.
- Otro: \_\_\_\_\_

Como padre / tutor, por la presente libero y descargo al Distrito Escolar Unificado de Oakland y sus oficiales, empleados, agentes y voluntarios de todos los reclamos por lesiones, enfermedad, muerte, pérdida o daño que mi hijo pueda sufrir como resultado de su salida temprana del Programa Después de la Escuela.



\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor / cuidador

\_\_\_\_\_  
Fecha



## POLÍTICA DE RECOGIDA Y PERMISO PARA SALIR SIN SUPERVISIÓN (OPCIONAL)

### SOLO PARA ESTUDIANTES DE 12 AÑOS DE EDAD O MAYOR

Escuela: \_\_\_\_\_

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

Grado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_\_

Si llego después de la hora de salida o no puedo recoger a mi hijo al finalizar el Programa Después de Clases:

Doy permiso al personal del Programa Después de la Escuela para dejar salir a mi hijo del programa después de la escuela sin supervisión.

Como padre / tutor, por la presente libero y descargo al Distrito Escolar Unificado de Oakland y sus oficiales, empleados, agentes y voluntarios de todos los reclamos por lesiones, enfermedad, muerte, pérdida o daño como resultado de la liberación de mi hijo sin supervisión si Llego más tarde de la hora de salida o no puedo recoger a mi hijo al final del día del programa después de clases.



\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor / cuidador

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Programas extracurriculares de OUSD, 2020-2021

PROGRAMA DESPUÉS DE ESCUELA \_\_\_\_\_

ESCUELA \_\_\_\_\_

### FORMULARIO DE SALUD ESTUDIANTIL

#### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Grado en 2019-20 \_\_\_\_\_ Idioma hablado en el hogar \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DE PADRES / TUTORES

Nombre de padre / tutor (nombre, apellido) \_\_\_\_\_

Dirección del hogar del estudiante \_\_\_\_\_

Teléfono (de casa) \_\_\_\_\_

# de Celular de padre / tutor \_\_\_\_\_ # de Trabajo de padre / tutor \_\_\_\_\_

Nombre del doctor del niño \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

#### EMERGENCIA

En caso de emergencia, contáctese con:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

#### SALUD

Por favor, verifique si su hijo tiene alguna de estas condiciones de salud y requiere gestión después de la escuela:

CONDICIÓN MÉDICA	MEDICACIÓN
<input type="checkbox"/> Alergia severa a: _____	<input type="checkbox"/> El estudiante tiene EpiPen® en la escuela
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> El estudiante tiene un inhalador en la escuela
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> El estudiante tiene medicamentos en la escuela
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> El estudiante tiene medicamentos en la escuela
<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/> El estudiante tiene medicamentos en la escuela
<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> El estudiante tiene medicamentos en la escuela
<input type="checkbox"/> Otras condiciones: _____	<input type="checkbox"/> El estudiante tiene medicamentos en la escuela

Historia médica importante \_\_\_\_\_

Lista de alergias \_\_\_\_\_



Medicamentos necesarios durante el día escolar: \_\_\_\_\_

Medicamentos necesarios después del horario escolar: \_\_\_\_\_

### **INSTRUCCIONES ESPECIALES**

Todos los estudiantes con asma, diabetes y alergias severas deben tener medicamentos de emergencia disponibles para el personal del programa después de la escuela en caso de ataque de asma, bajo nivel de azúcar en la sangre o reacción alérgica junto con un plan de control médico (Plan de Diabetes, Alergia Grave o Acción contra el Asma) firmado por usted y su médico. El programa para después de la escuela necesitará medicamentos para su hijo que sean separados del medicamento que usted le proporciona al programa regular del día escolar.

Consulte a su Enfermera Escolar / Servicios de Salud para más información.

### **AUTORIZACIÓN PARA TRATAR A UN MENOR**

Doy permiso para que el personal de la escuela después de la escuela administre los medicamentos que mi hijo puede necesitar durante el programa después de la escuela.

En el caso de que yo, u otro padre / tutor, no pueda ser contactado, doy permiso al personal del programa después de la escuela para asegurar el tratamiento adecuado para mi hija / hijo / pupilo.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Escribir nombre: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene problemas de visión? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le han notificado que su hijo tiene dificultades para ver? \_\_\_\_\_

¿Se supone que su hijo debe usar anteojos? \_\_\_\_\_

***Por favor devuelva este formulario inmediatamente al programa después de la escuela. ¡Gracias!***