



CHILDREN'S DEFENSE FUND FREEDOM SCHOOLS® PROGRAM FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Complete un formulario para cada niño. Si va a inscribir a más de un niño de la misma familia/hogar, complete la primera página para cada uno.

Fecha:					
INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO					
Apellido del niño(a):		Primer nombre:	Segundo nombre:	Fecha de nacimiento: / /	Edad:
Dirección:					
Ciudad:		Estado:	Código postal:		
Talla de camisa (tee):			Raza del niño/Etnia (seleccione lo aplicable):		
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No-binario			<input type="checkbox"/> Nativo americano/Indio o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático Americano <input type="checkbox"/> Negro/Afro-americano <input type="checkbox"/> Hispano/ Latino <input type="checkbox"/> Blanco/Caucasico <input type="checkbox"/> Otro		
			Pronombres preferidos: <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> El <input type="checkbox"/> Ellos		
Por favor enumere los idiomas que su hijo(a) habla en casa. _____ _____					
Tipo de escuela a la que atendió su hijo(a) durante el año: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Escuela charter <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Casa escuela <input type="checkbox"/> Otra _____					
Grado recientemente completado:		¿Recibe o califica su hijo(a) para almuerzo gratuito o a costo reducido durante el año académico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre de la escuela:		Ciudad:	Estado:		
¿Tiene su hijo(a) seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, proporcione el nombre del seguro. <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> N/A			
¿Ha participado su hijo(a) en un programa de educación especial o tiene un plan 504? <input type="checkbox"/> Sí, educación especial <input type="checkbox"/> Sí, 504 <input type="checkbox"/> No					
¿Ha participado su hijo(a) en el programa del verano CDF Freedom Schools anteriormente? Si es así, ¿por cuántos años ha participado? _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Cuáles son algunas de las mejores estrategias que nuestro equipo puede usar para apoyar el aprendizaje de su hijo(a) a través del verano?(ej.: refuerzo positivo, grupos pequeños) _____ _____			¿Tiene su hijo(a) alergias o condiciones médicas de las que debemos estar informados? ¿Si es así, cuáles? _____ _____		

¿Hay algo más que quiere compartir acerca de su hijo(a)?

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Apellido del adulto llenando el formulario: Primer nombre: Segundo nombre:

Relación al niño(a):

Padre/Madre Abuelo(a) Otro pariente Tutor Otro _____

Identidad de género: Femenino
 Masculino
 Non-binario
 Niego afiliarme

Pronombres preferidos: Ella
 Él
 Ellos

Número del hogar: () Número de celular: () Número de trabajo: ()

Correo electrónico :

Correo electrónico alternativo (si aplica):

¿Número de niños que viven en el hogar de edad 6-18 _____ Número de niños menores de 5 _____?

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Apellido: Primer nombre: Segundo nombre: ¿Está esta persona autorizada para recoger al niño(a)?
 Sí No

Número del hogar: () Número de celular: () Número del trabajo: ()

Correo electrónico :

Por favor proporcione una lista de los adultos autorizados para recoger a su hijo(a) durante el programa.

Nombre:	Relación:	Número de celular:
1.		
2.		
3.		

En caso de emergencia, yo doy permiso para que el programa contacte a cualquiera de los individuos en la lista y mi hijo(os) puede ser entregado a cualquiera de ellos.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Yo entiendo que la organización que inscribe a mi hijo(a) en el programa *CDF Freedom Schools* lo hace en colaboración con Children's Defense Fund para ofrecer este programa de verano. Esta información personal se mantendrá privada y confidencial y solo se compartirá con CDF para la colección de información demográfica en cuanto a la cantidad de participantes y para reportar esta información en forma agregada.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____