

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:	(para uso del personal solamente) Nombre de SLI:			
INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO				
*Apellido del niño(a):	*Primer nombre:	Segundo nombre:	*Fecha de nacimiento:	Edad:
			/ /	
Dirección:				
Ciudad:		*Estado:	Código postal:	
*Nivel del niño:	<input type="checkbox"/> Nivel I (kínder – 2o)	<input type="checkbox"/> Nivel II (3o - 5o)	Talla de camisa (tee):	
	<input type="checkbox"/> Nivel III (grades 6o - 8o)	<input type="checkbox"/> Nivel IV (grades 9o - 12o)	*Raza del niño/Etnia (seleccione lo aplicable):	
*Identidad de género:	Pronombre preferido:		<input type="checkbox"/> Nativo americano/Indio o Nativo de Alaska	
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Ella		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> El		<input type="checkbox"/> Asiático Americano	
<input type="checkbox"/> No-binario	<input type="checkbox"/> Ellos		<input type="checkbox"/> Negro/Afro-americano	
<input type="checkbox"/> Niego afiliarme			<input type="checkbox"/> Hispano/ Latino	
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico	
*¿Que es el nivel de competencia en lectura de su hijo?			<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Inferior al nivel de grado			<input type="checkbox"/> Superior al nivel de grado	
<input type="checkbox"/> Al nivel de grado				
*Por favor enumere los idiomas que su hijo(a) habla en casa.			*¿Es su hijo(a) aprendiz de inglés?	
_____			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
*Tipo de escuela a la que atendió su hijo(a) durante el año (o actual, si después de la escuela):				
<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 (o actualmente en):		*¿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:
*¿Ha participado si hijo(a) en el programa del verano o después de la escuela CDF Freedom Schools anteriormente?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿por cuantos años ha participado? _____				
*¿Tiene su hijo(a) seguro médico?		*Si es así, proporcione el nombre del seguro?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> N/A		
*¿Ha cualificado su hijo(a) para un programa de educación individualizada (Individualized Educational Plan o IEP) o un plan 504?				
<input type="checkbox"/> Sí, IEP <input type="checkbox"/> Sí, 504 <input type="checkbox"/> No				
¿Cuáles son algunas de las mejores estrategias que nuestro equipo puede usar para apoyar el aprendizaje de su hijo(a) durante todo el programa?(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(a) pariente Otro(a) (no parientes)

*¿Este individuo es un tutor legal? Sí No

*Identidad de género:

Femenino
 Masculino
 Non-binario
 Niego afiliarme
 Otro _____

*Pronombre preferido:

Ella
 El
 Ellos
 Otro _____

*Número del hogar:

()

*Número de celular:

()

Número de trabajo:

()

*Correo electrónico:

Correo electrónico alternativo (si aplica):

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

Regístrese para recibir comunicaciones generales por correo electrónico del Children's Defense Fund: Yes No

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

*Apellido: _____ *Primer nombre: _____ *Segundo nombre: _____ *¿Esta persona es 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. 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: _____