

CHILDREN'S DEFENSE FUND FREEDOM SCHOOLS®

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE 2008

(Por favor, llena esta forma para cada niño)



Nombre de sitio: _____ La fecha de hoy: _____

Nombre del niño (a): _____ Nombre preferido: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino

Raza/Etnicidad :

- Moreno/Afro-americano
- Indio/Americano Nativo
- Asiático
- Hispano/Latino
- Blanco, Non-Latino
- Otro

Tipo de escuela:

- publica
- charter
- fe-basada
- Privada

Grado completo en 2007-8 año escolar: _____

¿Recibe el niño almuerzo a precio reducido o gratis en la escuela durante el año escolar ?

- Sí
- No

¿Si alguno vez su niño (a) ha tenido que repetir al grado en escuela?

- Sí
- No

Por favor indique el número de personas en su hogar (incluyendo el niño): _____

Por favor indique el número de niño(s) en su hogar: _____

Ingreso Familiar : \$ _____

Nombre de escuela: _____

¿Esta el niño volviendo para participar en el programa *Escuelas de Libertad/CDF Freedom Schools?*

- Sí
- No

¿Si es sí, cuantos veranos ha participado en el programa (no incluyendo el presente verano)? _____

Su Nombre: _____ Relación al Niño: _____

Las siguientes personas puedan recoger mis niño(s):

Nombre	Relación al Niño(a)	Numero del Teléfono
--------	---------------------	---------------------

1.

2.

3.

Contacto en caso de emergencia (Si los padres o guardianes no se le pueden localizar):

Nombre: _____ Relación al Niño: _____

Teléfono (durante el día): (____) _____ - _____ Número del Celular: (____) _____ - _____

Por favor provea la información de los dos padres (o guardianes legales):

Nombre de la madre: _____

Dirección del Correo: (si es diferente del niño): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Ocupación de la madre: _____ El grado o estudio más alto que completo: _____

Teléfono (durante el día): (____) _____ - _____ Número del Celular: (____) _____ - _____

Celular : (____) _____ - _____ Correo Electrónico: _____

¿Vive el/la niño(a) con su madre? Sí No

Nombre del padre: _____

Dirección del Correo: (si es diferente del niño): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Ocupación de la madre: _____ El grado o estudio más alto que completo: _____

Teléfono (durante el día): (____) _____ - _____ Número del Celular: (____) _____ - _____

Celular : (____) _____ - _____ Correo Electrónico: _____

¿Vive el/la niño(a) con su padre? Sí No

NECESIDADES ESPECIALES / INFORMACIÓN MÉDICA

¿Esta su niño (a) sufriendo o ha sufrido en el pasado de uno de los siguientes?:

- Asma
- Desorden de déficit de la atención o desorden hiperactivo del déficit de la atención (ADD o ADHD)
- Problemas de oído
- Problemas de conducta
- Problemas de los huesos o los músculos
- Problemas de depresión
- Diabetes
- Problemas de la vista
- Ningún

¿Durante el año pasado, si su niño ha sufrido de uno de los siguientes?:

- Una alergia del respirio
- Una alergia del alimento
- 'Eczema' o otros problemas de piel
- Dolores de cabeza
- Tres o mas infecciones de las orejas
- Problemas de hablar
- Ningún

¿Tiene el/ella alguna alergia que se le conozca? Sí No

Si es sí, por favor explique:

¿Está su niño tomando algún medicina actualmente? Sí No

Si es sí, por favor explique:

¿Ha sido su niño diagnosticado con tener una incapacidad de aprendizaje, conducta, o física? Sí No

Si es sí, ¿cuales son los desafíos que experimenta el niño como resultado de su incapacidad?

¿Está su niño bajo la supervisión de un doctor por cualquier motivo (mental, físico, etc.)? Sí No

Si es sí, por favor explique:

¿Este niño ha estado al doctor por razón en los 12 meses pasados? Sí No

¿Este niño ha estado al dentista por razón en los 12 meses pasados? Sí No

Proporcione por favor esta información:

¿Este niño tiene seguro médico?

Sí No

Si es sí, por favor explique:

Nombre del Seguro de salud: _____ Poseedor de la póliza: _____

Número de Identificación: _____ Número del Grupo: _____

Por favor explique cualquier procedimiento especial que se deba seguir en caso de una emergencia médica:

Por favor provea la siguiente información:

¿Como se entero sobre este programa?

¿En qué otro enriquecimiento o actividades extra-curriculares participa su niño durante el año? Por ejemplo: participa su niño en deportes organizados, música o lecciones de baile, enseñanza o tutor académico, clubs u organizaciones, etc.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PADRE

Yo, _____ (Nombre del Padre/Guardián), doy permiso al Fondo para la Defensa de los Niños ("CDF") y a su designes para recoger y anotar datos de mi/s niño/s, _____ (Nombre/s de Niño/s). Este recogimiento de datos puede incluir, pero no se limita a lo siguiente:

- "Estudios y/o entrevistas" sobre el conocimiento de su/s actitud/es, habilidad/es, y conducta/s con respecto a su desarrollo académico como motivación para leer; su desarrollo no-académico como habilidades de liderazgo, destrezas de solución de conflictos; y satisfacción en general con el programa CDF Freedom Schools®.
- Evaluaciones académicas y notas de la escuela en sus libretas de evaluación. Éstos se recogerán mínimo dos veces: cualquiera de las dos, brevemente antes de empezar el programa, durante el programa, o brevemente después de terminar el programa.

Yo entiendo que el propósito de estos estudios y entrevistas es de documentar el impacto del programa *CDF Freedom Schools* en sus participantes, y para identificar áreas para mejorar. Yo también entiendo que esta información permanecerá privada, y que sólo el director y ayudantes del estudio del sitio de mi niño/s aprobados por el Fondo para la Defensa de los Niños podrán mirar las respuestas del él o ella.

Yo también entiendo que las respuestas de mi niño/s se agruparán automáticamente junto con las respuestas de otros sitios del programa *CDF Freedom Schools* para cualquier presentación pública de conclusiones, y que mi niño/s no se unirá individualmente a las respuestas del el/ella/ellos. Además, yo entiendo que puedo quitar mi permiso en cualquier momento.

Nombre (Letra Imprenta) _____ Firma _____ Fecha ____/____/____

AUTORIZACIÓN FOTOGRÁFICA

Yo, _____, soy padre/madre o guardián legal de _____, por medio de la presente doy al Fondo para la Defensa de los Niños, sus sucesores y cesionarios, derecho irrevocable para publicar mi nombre y los nombres de mis niños así como cualquier información compartida por mi o mis niños con el Fondo para la Defensa de los Niños en entrevistas personales sobre mí y mi familia. Yo doy al Fondo para la Defensa de los Niños, sus sucesores y cesionarios más allá, el derecho irrevocable para usar mi voz grabada y cualquier grabación, imágenes, retrato o fotografía de mi y/o mi niño en todas las formas y en todos los medios de comunicación y de todas las maneras, sin restricciones acerca de cambios o alteraciones para anunciar, promociona, exhibir o cualquier otro propósito legal. Yo renuncio cualquier derecho de inspeccionar o aprobar cualquier fotografía o grabación. Yo estoy de acuerdo que el Fondo para la Defensa de los Niños tiene los derechos de propiedad en estas fotografías y grabaciones y por el presente renuncio a cualquier demanda la cual yo pueda tener base en cualquier uso de cualquier fotografía, grabación, o el trabajo derivado de este. Yo doy la autoridad legal para ejecutar este permiso, y he leído y entendido totalmente sus contenidos.

Nombre (Letra Imprenta) _____ Firma _____ Fecha ____/____/____

DECLARACIÓN DEL PADRE

Yo testifico que las declaraciones en esta inscripción son correctas y verdaderas. Yo entiendo que la inscripción de mi/s niño/s como estudiante/s en el programa *CDF Freedom Schools* esta basada, en parte, por la información dada en esta inscripción y aceptando los términos resumidos por escrito del Fondo para la Defensa de los Niños. Yo autorizo el programa local patrocinador de suministrar una copia de este formulario al Fondo para la Defensa de los Niños para uso de cualquier evaluación demográfica/longitudinales que puedan desarrollarse para fortalecer nacionalmente el programa *CDF Freedom Schools*.

Nombre (Letra Imprenta) _____ Firma _____ Fecha ____/____/____