



Summer Matters @ SCUSD

Preparatoria

Solicitud del Programa de Servicio de Verano de 2017

Información Estudiantil

Nombre			Segundo Nombre			Apellido				
Género	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)				No. de ID del Estudiante				
¿A cuál escuela asiste su hijo/a actualmente?						Grado en el Otoño de 2017				
¿Está inscrito su hijo/a en un programa después del horario escolar en su escuela?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Por favor indique la escuela que prefiere para el programa de verano: (Por favor elija 1) <input type="checkbox"/> Rosemont <input type="checkbox"/> John F. Kennedy <input type="checkbox"/> Luther Burbank <input type="checkbox"/> Hiram Johnson <input type="checkbox"/> Health Professions				Por favor elija los 3 programas que más le interesan a su estudiante para beneficiarse este verano: <input type="checkbox"/> Change Agents 101 <input type="checkbox"/> Career Head Start <input type="checkbox"/> Adulting 101 (Life Skills) <input type="checkbox"/> Hidden Figures No More (STEM) <input type="checkbox"/> Swim, Don't Sink (Stress Management) <input type="checkbox"/> Social Justice For The Young Advocate <input type="checkbox"/> Ignite Your Creative Self (Visual & Performing Arts)					<input type="checkbox"/> Get Out and Move <input type="checkbox"/> The Entrepreneur Mind <input type="checkbox"/> Intro To School Culture	

Información de Contacto del Padre/Tutor

Nombre				Parentesco			
Domicilio						Código Postal	
Tel. de Casa		Tel. Celular		Tel. del Trabajo			
Correo electrónico del padre				¿Ha participado su hijo/a en SummerQuest, Servicio de Verano o ha sido Embajador Estudiantil en SCUSD en el pasado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si anotó Sí, cuántos años _____		

Información del Contacto de Emergencia Secundario

Nombre				Parentesco			
Tel. de Casa		Tel. Celular		Tel. del Trabajo			

Información Médica del Estudiante

Proveedor de Seguro			Hospital que prefiere en caso de emergencias				
A mi leal saber, este niño/a está saludable y en forma para participar en actividades físicas			Mi hijo/a está teniendo o ha tenido problemas recientes de <i>(por favor marque todas las opciones correspondientes)</i>				
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ; si anotó No, por favor explique: _____			<input type="checkbox"/> ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Asma/Inhalador <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Mi hijo/a está tomando medicamento(s)		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ; Si anotó Sí, anote los medicamentos: _____					

Firma de Salida al Final del Día

Por favor indique la manera en que se firmará la salida de su hijo/a del programa al final del día:

Mi hijo/a camina a casa y tiene mi permiso para firmar su propia salida a la hora programada de salida del programa.
 Yo o una de las personas autorizadas abajo estaremos recogiendo y firmando la salida de mi hijo/a cada día:

1.	2.
----	----

Autorización para la Evaluación del Programa y Publicación en Medios de Comunicación

Petición de su autorización: Estamos solicitando su permiso para que su hijo/a participe en un estudio del distrito sobre el programa educativo de verano al cual usted le está inscribiendo. Como parte de dicho estudio, estaremos pidiendo a su hijo/a, al instructor de su hijo/a y a los administradores del programa que compartan información sobre las experiencias de su hijo/a en el programa. Esto nos ayudará a medir los cambios en la actitud, conducta y rendimiento académico de su hijo/a que pueda resultar de su participación en el programa.

Su consentimiento y la participación de su hijo/a en el estudio son totalmente voluntarios. Su hijo/a puede decidir no participar o solamente responder a algunas preguntas específicas o abandonar el estudio en cualquier momento sin ninguna consecuencia.

Propósito del estudio: La información que estaremos recolectando para el estudio es requerida por las agencias que proporcionan fondos para el programa- incluyendo el Departamento de Educación de California (CDE, por sus siglas en inglés), esta agencia gubernamental proporciona fondos para el programa. La información nos ayudará a determinar si el programa ha sido exitoso o no. La participación de su hijo/a nos ayudará a continuar proporcionando programas de calidad durante el verano en el futuro.

Confidencialidad: Toda la información utilizada para el estudio es completamente confidencial y no será vista por nadie más que las personas que trabajan en el estudio. Se asignará un código numérico a su hijo/a para que las respuestas a cualquier pregunta que hagamos no puedan ser conectadas a su hijo/a. No se utilizarán nombres.

- Yo doy permiso para que mi hijo/a participe en un estudio de evaluación como parte de su participación en el programa de aprendizaje de verano patrocinado por SCUSD.
- Yo no doy permiso para que mi hijo/a participe en un estudio de evaluación como parte de su participación en el programa de aprendizaje de verano patrocinado por SCUSD.

Autorización de la Publicación de Fotografías/Medios de Comunicación:

- Yo doy permiso para que mi hijo/a sea fotografiado o filmado como parte de su participación en el programa de aprendizaje de verano patrocinado por SCUSD. Además, yo doy permiso para que su fotografía o imágenes sean utilizadas en publicaciones y/o materiales promocionales asociados con el programa de aprendizaje de verano.
- Yo no doy permiso para que mi hijo/a sea fotografiado o filmado como parte de su participación en el programa de aprendizaje de verano patrocinado por SCUSD. Además, yo no doy permiso para que su fotografía o imágenes sean utilizadas en publicaciones y/o materiales promocionales asociados con el programa de aprendizaje de verano.

Firma del Padre/Tutor y Exoneración de Responsabilidad: Yo, el suscrito, soy el padre y/o tutor legal del estudiante anotado en este documento y por este medio exoneró y exento completamente de toda responsabilidad al Distrito Escolar Unificado de la Ciudad de Sacramento y a todo proveedor de servicios contratado, así como sus oficiales, empleados, agentes, servidores y voluntarios, de cualquier responsabilidad que pueda surgir en conexión con las actividades independientes descritas anteriormente y de toda responsabilidad asociada a cualquier reclamo relacionado a dicha actividad, que pueda ser interpuesto en nombre del menor anotado anteriormente. Para propósitos de esta exoneración y exención, "responsabilidad" significa cualquier reclamo, demanda, pérdida, causa de acción, juicio o fallo de cualquier tipo que pueda surgir como resultado de la participación de mi hijo/a en la actividad descrita anteriormente y que resulte de cualquier causa diferente a la negligencia del distrito o del contratista.

Exoneración y Exención de Responsabilidad

Yo, el suscrito, soy el padre y/o tutor legal del niño/a menor anotado/a en la primera página de este formulario. Por este medio exoneró completamente, hago libre de cargos indefinidamente y exento de toda responsabilidad y acuerdo a no entablar una demanda en contra del Distrito Escolar Unificado de la Ciudad de Sacramento ("Distrito") y su Junta Directiva o a todos los proveedores de servicios contratados por los Programas de Summer Matters @ SCUSD del Distrito ("Programas") (conjuntamente referidos como "las Partes"), así como los oficiales, empleados, agentes, servidores y voluntarios de las Partes, de cualquier responsabilidad que pueda surgir de o en conexión a la participación de mi hijo/a en los Programas, y de cualquier responsabilidad asociada a cualquier reclamo relacionado a dicha participación, la cual pueda ser presentada en nombre de o para mi hijo/a. Para propósitos de esta exoneración y exención, "responsabilidad" significa cualquier reclamo, demanda, pérdida, causa de acción, juicio o fallo de cualquier tipo que pueda surgir como resultado de la participación de mi hijo/a en los Programas y que resulte de cualquier causa diferente a la negligencia culpable de las Partes.

Al firmar abajo, yo doy permiso para que mi hijo/a participe en los Programas. También, doy mi consentimiento para que se administre cualquier tratamiento médico que sea visto como necesario por el personal médico para el bienestar físico de mi hijo/a. Yo asumo completa responsabilidad del comportamiento de mi hijo/a y me comprometo a pagar por todos los daños personales o de propiedad causados por él/ella. Yo entiendo que seré notificado si el comportamiento de mi hijo/a interfiere con los Programas y que los problemas disciplinarios subsiguientes pueden resultar en su expulsión de los Programas. Esta exoneración y exención permanecerá vigente mientras mi hijo/a participe en los Programas. Yo entiendo que puedo revocar mi consentimiento por escrito. Sin embargo, si lo hago, ya no se permitirá que mi hijo/a participe en los Programas.

Yo entiendo que esta exoneración y exención de responsabilidad tiene la intención de ser tan amplia e inclusiva como lo permitan las leyes del Estado de California y estoy de acuerdo a que si cualquier porción de ésta es invalidada, el remanente de esta exoneración y exención de responsabilidad continuará en efecto y plena vigencia.

Yo doy consentimiento a que el Distrito divulgue la información concerniente a mi hijo/a, la cual está protegida por la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia (FERPA) (20 U.S.C. § 1232g; 34 CFR Parte 99) y/o la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros Médicos de 1996 y sus regulaciones acompañantes (de aquí en adelante referida conjuntamente como "HIPAA") a la Ciudad, SCCSC, Target Excellence, the Park District y a cualquier otro proveedor de servicios contratado por los Programas. Yo entiendo que el Distrito solamente divulgará la información que sea necesaria para la operación de los Programas.

Además, mi firma abajo verifica que yo entiendo que, a menos que haya sido aprobado contrariamente, mi hijo/a debe asistir a los Programas desde que él/ella termine su horario escolar hasta las 2:00pm, por la sesión completa del programa. Yo también entiendo que la asistencia del estudiante será registrada en cada clase y que yo estoy requerido/a a verificar las ausencias de mi hijo/a.

Yo reconozco que he tenido suficiente tiempo para poder leer este formulario en su totalidad. Yo he leído cuidadosamente y entiendo todo su contenido y estoy de acuerdo a mi obligación según sus términos.

Nombre del Padre/Tutor (En letra de molde)

Firma

Fecha