

SOLICITUD DE INSCRIPCION

ESTUDIANTE

Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Género: Femenino Masculino Otro (por favor especifique) _____ Negar al Estado
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono móvil: _____
Correo electrónico: _____

PADRE / GUARDIAN

Nombre: _____ Apellido: _____
Relación al Estudiante: _____
Domicilio (Si es diferente al del estudiante): _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____
Correo electrónico: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del primer contacto: _____
Relación al estudiante: _____ Número de teléfono: _____
Nombre del segundo contacto: _____
Relación al estudiante: _____ Número de teléfono: _____

CUIDADO MEDICO

¿Su estudiante tiene alguna alergia? Por favor enliste todas sus alergias:

Nombre de su médico primario: _____
Teléfono: _____ Hospital de preferencia: _____

EDUCACION DEL ESTUDIANTE

Grado actual: _____ Nombre de la escuela: _____
¿Qué idioma se habla en casa? _____
¿Su estudiante califica para comida reducida o gratis? Si No

ETNICIDAD

Por favor marque todo los que apliquen al estudiante:

Afro-Americano Alaska Nativo Nativo Americano Blanco Hispano/Latino
 Asiático Americano Pacífico Isleño Negar al estado Otro (por favor especifique) _____

REFERIDO POR (Si es referido a ARTS, por favor proveer el nombre de la persona, título, y/o nombre de la organización)

Participación, Liberación y Consentimiento

Por Favor de inicial todos las secciones con guion bajo y marque SI o NO al cual da permiso.

Autorización de Salida del Estudiante SI ____ NO ____

ARTS requiere que todos los estudiantes sean recogidos por un padre, guardián, u otra persona que está autorizada a recogerlos. Sin embargo, si quiere que su hijo/a se vaya solo/a de ARTS, puede hacer una petición para crear una excepción a este política. *

Liberación de Video/fotografía SI ____ NO ____ **Permiso del Estudiante SI ____ NO ____**

Yo doy en consentimiento a ARTS y/o otra persona autorizada por ellos de cualquier fotografía/grabación, entrevista, videocámara, u otras visualizaciones similares o grabación de audio de mí estudiante. Yo entiendo que mi imagen puede ser utilizada, editado, copiado, exhibido, publicado o distribuido por ARTS, y doy permiso del derecho de inspeccionar o aprobar el producto finalizado donde mi imagen aparece. También yo doy el permiso de mi derecho a las regalías o otras compensaciones relacionadas al uso de la imagen o grabación. Yo entiendo que este material puede ser desplegado electrónicamente por medio de internet o en un ambiente educativo para el público. No hay límite de tiempo en la validez de este permiso al mismo tiempo que no hay límite geográfico de donde estos materiales puede ser distribuidos.

Permiso de Participar * ____

Yo doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en el programa de ARTS. Libero y eximo de responsabilidad a A Reason to Survive (ARTS) por cualquier acción o acciones, demanda o demandas, de derecho o equidad, que puede ser presentado por cualquier persona o personas relacionadas con, o con referencia a, la administración, planificación, preparación, desarrollo, realización, y ejecución del programa de ARTS.

Apoyo Psicosocial * ____

Yo entiendo que trabajadores sociales con licencia y aprendices que están estudiando para obtener sus licencias terapéuticas bajo la supervisión de clínico con licencia pueden proveer apoyo psicosocial a los jóvenes que están en crisis o angustia en ARTS. Si hay alguna preocupación o problema, la familia puede ser referida a recursos en la comunidad que pueden mejor asistir con la situación emergente.

Póliza de Comportamiento * ____

Le pedimos que todos los estudiantes sean respetuosos con sus compañeros y el personal, incluyendo a los artistas educadores y voluntarios. Algunos ejemplos de comportamiento inapropiado incluyen, pero no están limitados a: contacto físico inapropiado, lenguaje inapropiado, y amenazas verbales o físicas de cualquier tipo. ARTS tiene una política de cero tolerancia en contra de acoso de cualquier tipo.

Liberación de Información/Registros * Si ____ No ____

Yo doy mi consentimiento a ARTS para que administren una encuesta confidencial a mi hijo/a acerca de sus opiniones, aprendizajes, y actitudes como parte de una evaluación del programa. Yo entiendo que la información obtenida será analizada estadísticamente y que el apellido de mi hijo/a será omitido por de confidencialidad. Yo entiendo que esta información, además de la encuesta, será parte de una evaluación más completa del programa, y solo el equipo de evaluación y el personal de ARTS tendrán acceso a esta información confidencial.

Consentimiento Medico * Sí ____ No ____

Entiendo que hay algunos riesgos inherentes a las actividades que incluyen el programa y voluntariamente asumo estos riesgos para permitir que mi hijo/a participe. Si no puedo ser contactado en case de emergencia, doy permiso para cualquier atención o tratamiento por un médico, cirujano, enfermera, asistente del médico o centro de atención medica que se requiera.

Liberación de Transporte * Sí ____ No ____

Entiendo perfectamente que el personal del programa puede transportar a mi hijo/a en un vehículo de ARTS desde y hasta diferentes actividades. Libero y eximo de responsabilidad a ARTS por cualquier pérdida o gasto incurrido o sufrido como consecuencia de cualquier acción o acciones, demanda o demandas, de derecho o equidad, que puede ser presentado por cualquier persona o personas relacionadas con, o con referencia a, la administración, planificación, preparación, desarrollo, realización, y ejecución del programa de ARTS .

Obras de Arte* Sí ____ No ____ **Permiso del Estudiante SI ____ NO ____**

Entiendo que si para el final del trimestre, cualquier obra de arte creada por el estudiante no ha sido llevada a casa se volverá propiedad de ARTS a menos que el estudiante nos dé por escrito otro propósito. Toda obra de arte donada por el estudiante a ARTS puede ser usada para publicidad, promociones, y recaudación de fondos.