



DCPS Student Enrollment Form

Solicitud para Programas Después de Clases

Escuela _____

Coordinador(a): _____

Información del Estudiante

Nombre: _____ ID del Estudiante: _____

Grado: _____ Maestro/a Consejero/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Datos sobre quien buscará a su hijo(a) en la escuela

Marque todo lo que aplica:

Mi hijo(a) será buscado en la escuela por una de las siguientes personas: Nombre:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Mi hijo(a) puede caminar a casa solo(a) a _____ a menos que se especifique lo contrario.

Información de Contacto

Nombre del Padre de Familia/Guardián: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____

Contacto en caso de emergencias : _____ Teléfono: _____ E-mail: _____

Autorización

- Coloque su inicial al lado de cada uno de las declaraciones de consentimiento

_____ Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) participe en actividades patrocinadas por las EPDC después del horario de clases.

_____ Estoy de acuerdo con pagar el co-pago requerido para cubrir el costo del programa para después de clases.

_____ Autorizo a que las EPDC usen la foto de mi hijo(a) y copias del programa de asesoría de mi hijo(a), siempre y cuando no se use el nombre de mi hijo(a).

_____ Autorizo que las Organizaciones Basadas en la Comunidad (CBP's) obtengan acceso a los archivos escolares de mi hijo(a) para ayudarles a proveer el apoyo académico más efectivo e integral.

Firma del Padre de Familia/Guardián: _____ Fecha: _____