



2017-2018 INSCRIPCION DE ALUMNO

Fecha de Aplicación:

Fecha de Inscripción:

INFORMACION GENERAL DE ESTUDIANTE

Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:	
Teléfono Principal		Celular de Estudiant			
Fecha de Nacimiento:		Circule Uno:	HOMBRE	MUJER	
Origen Étnico:		Idioma en el hogar:			
Escuela:		Grado:		Maestro(a) de Cabecera:	
#ID del Distrito:		Referido Por:			
Username de ParentVue/StudentVue:		Clave de ParentVue/StudentVue:			
Manera Preferida de Contacto:	<input type="checkbox"/> Llamada de teléfono	<input type="checkbox"/> Mensaje de Texto	<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> Correo (Postal)	<input type="checkbox"/> Cualquiera

CRITERIOS DE CALIFICACION PARA ESTUDIANTES

REC aceptara estudiantes para el programa que califiquen académicamente y financieramente. Aprobación y participación en el programa será determinada en base a la siguiente información que provea. **ES IMPORTANTE QUE MARQUE TODO LO QUE APPLIQUE.**

<input type="checkbox"/> Almuerzo Gratis/Rebajado	<input type="checkbox"/> ELL- Estudiante de Ingles Como 2do Idioma	<input type="checkbox"/> Mala Asistencia
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> De Familia con Padre Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Baja Motivación
<input type="checkbox"/> IEP- Plan Individualizado Educativo	<input type="checkbox"/> Problemas Familiares	<input type="checkbox"/> Bajo Autoestima
<input type="checkbox"/> ILP- Plan de Aprendizaje Individual	<input type="checkbox"/> Problemas de Disciplina	<input type="checkbox"/> Sin Hogar
Otro (Favor de Explicar):		

Actualmente está involucrado en el sistema legal (opcional)

Bajo Nivel de Grado Escolar en : Lectura Matemáticas Bajas Calificaciones

Factores Protectores (R5):

<input type="checkbox"/> Alta Autoestima	<input type="checkbox"/> Habilidades de Liderazgo	<input type="checkbox"/> Inteligente
<input type="checkbox"/> Buenas Estrategias de Supervivencia	<input type="checkbox"/> Motivación	<input type="checkbox"/> Buen Trabajador

PARENT INFORMATION

Estudiante Vive Con: Padre/Guardián 1 Padre/Guardián 2 Ambos

INFORMACION DE PADRE/GUARDIAN #1 (Contacto Principal Para Estudiante)

Nombre:		Apellido:			
Relación con Estudiante:	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Guardián/Otro (Favor de Explicar):		
Domicilio:			Apt, Tráiler, Unidad, etc. #:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Email:		
Domicilio Postal (Si diferente al previo):					
Teléfono Principal:	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa	Teléfono Alternativo:	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa		
Trabajo/Lugar de Empleo:					
Domicilio de Trabajo:					
Teléfono de Trabajo:					
Instrucciones Especiales Para Contactar:					

INFORMACION DE PADRE/GUARDIAN #2					
Nombre:		Apellido:			
Relación con Estudiante:		<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Guardián/Otro (Favor de Explicar):	
Domicilio:			Apt, Tráiler, Unidad, etc. #:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Email:		
Domicilio Postal (Si diferente al previo) :					
Teléfono Principal:		Teléfono Alternativo:			
<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa			
Trabajo/Lugar de Empleo:					
Domicilio de Trabajo:					
Teléfono de Trabajo:					
Instrucciones Especiales Para Contactar:					

CONTACTOS DE EMERGENCIA					
Contacto de Emergencia #1- En caso de una emergencia, a esta persona será la PRIMERA que REC intentara de contactar.					
Nombre:		Apellido:			
Relación con Estudiante:		Domicilio:			
Teléfono Principal:		Teléfono Alternativo:			
<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa			
Contacto de Emergencia #2- En caso de una emergencia, si no se puede contactar al primer contacto , REC intentara contactar a esta persona.					
Nombre:		Apellido:			
Relación con Estudiante:		Domicilio:			
Teléfono Principal:		Teléfono Alternativo:			
<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa			

INFORMACION MEDICA DE ESTUDIANTE	
Nombre de Doctor Principal:	Teléfono de Doctor Principal:
Domicilio de Doctor Principal:	
Nombre de Dentista:	Teléfono de Dentista:
Domicilio de Dentista:	
Preferencia de Hospital (Seleccione Uno)	<input type="checkbox"/> Community Hospital <input type="checkbox"/> St. Mary's Hospital <input type="checkbox"/> Otro: _____
Enfermedades/condicion es crónicas, limitaciones físicas, restricciones alimenticias, y/o otras condiciones que REC debe de saber de:	

Alergias de Comida:			
Su hijo(a) tiene plan de cuidado médico?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
(Si respuesta es SI, debe de proveer el plan de cuidado médico antes o el 1 ^{er} día de asistencia del programa)			
Su hijo(a) tiene todas sus vacunas?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se requerirá el registro de vacunas completo			
HISTORIA MEDICA DE ESTUDIANTE			
Historia de Salud (Crónico o Recurrente)			
Infecciones de Oído	<input type="checkbox"/> Crónico	<input type="checkbox"/> Recurrente	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Otro: Diabetes <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/> Recurrente <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Otro:
Enfermedad/ defecto de corazón	<input type="checkbox"/> Crónico	<input type="checkbox"/> Recurrente	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Otro: Convulsiones <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/> Recurrente <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Otro:
Asma	<input type="checkbox"/> Crónico	<input type="checkbox"/> Recurrente	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Otro: Sangrar de la Nariz <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/> Recurrente <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Otro:
Sarampión	<input type="checkbox"/> Crónico	<input type="checkbox"/> Recurrente	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Otro: Paperas <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/> Recurrente <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Otro:
Varicela	<input type="checkbox"/> Crónico	<input type="checkbox"/> Recurrente	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Otro: Gripe <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/> Recurrente <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Otro:
Vacuna contra Gripe: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Alergias (Manifestación de Reacción Alérgica)			
Alergia de Polen:	Plantas:		
Picaduras de insecto:	Penicilina:		
A Otras Medicaciones:	Animales:		
Comida:	Otras:		
Operaciones o Lesiones o Heridas graves (fechas):			
Medicamentos Actuales (explique/describir):			
Audición:		Visión:	
Hay alguna actividad que preferiría que su hijo(a) NO participe en? (Si respuesta es "si," favor de hacer lista de estas)			

TRANSPORTACION			
(Opcional): Doy mi permiso y autorizo que REC dejar ir a mi hijo(a) ir y salir y/o irse caminando a casa después de REC SIN un padre/guardián u otro adulto que haya indicado aquí en la siguiente lista presente.			
(Iniciales)	<i>Mantenga en cuenta que si da este permiso a REC de dejar a su hijo(a) salir sin un adulto presente, libera a REC de toda responsabilidad en cuanto salga del edificio su hijo(a), y queda la responsabilidad con usted.</i>		
<i>Tenga en cuenta: Las personas que indique en la lista abajo, deben de entrar y firmar por el/la estudiante después de cada sesión de tutoría/enriquecimiento y debe mostrar ID.</i>			
LISTA DE NOMBRES DE PERSONAS QUE TIENER PERMISO DE RECOGER SU HIJO(A):			
1.) Nombre:			
Teléfono de Casa:		Teléfono de Trabajo:	

2.) Nombre:			
Teléfono de Casa:		Teléfono de Trabajo:	
3.) Nombre:			
Teléfono de Casa:		Teléfono de Trabajo:	
4.) Nombre:			
Teléfono de Casa:		Teléfono de Trabajo:	
5.) Nombre:			
Teléfono de Casa:		Teléfono de Trabajo:	
6.) Nombre:			
Teléfono de Casa:		Teléfono de Trabajo:	

PROGRAMAS DE REC

NOTA: Faltas injustificadas excesivas pueden resultar en la expulsión del estudiante de REC para darle la oportunidad para otros estudiantes en nuestra lista de espera que necesitan nuestros servicios. Una junta entre personal/padres con Personal de REC será requerida para re-inscripción.

- Tutoría y Enriquecimiento de Primaria-Edificio Riverside (K-5^{to})
lunes-jueves 4:15-5:30pm
- Tutoría Y Enriquecimiento de Middle School-**OMMS** (6-8^{vo})
martes y jueves 2:40-4:15pm
- Tutoría Y Enriquecimiento de Middle School-**Edificio Riverside**(6-8^{vo})
lunes-jueves 3:15-5:30pm

- Tutoría de High School -CMU (9-12^{mo})
lunes-jueves 3:15-5:15pm
- Tutoría de R-5 – Escuela R-5 (9-12^{mo})
lunes-jueves 12:00-2:00pm

CUOTAS DE INSCRIPCION

Hay una cuota de inscripción de \$20 por estudiante y \$5 per cada estudiante después de eso (máximo \$30)

Esta cuota cubre el costo por la tutorial, enriquecimiento, la mayoría de nuestros paseos, y nuestro programa de verano. Si no puede pagar la cuota, en su lugar pedimos que haga 4-6 horas de servicio voluntario en REC. Vea nuestra forma de Oportunidades de Servicio Voluntario para Padres para más información y oportunidades disponibles.

- Pagar** Cantidad Pagada \$ _____
- Voluntario(a)**
- Ambos**
- Otro:** _____

Iniciales de Personal de REC: _____

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN

Nombre:	Firma:	Fecha:
----------------	---------------	---------------

SOLO PARA PERSONAL DE REC:

Aplicación Revisada (inicial): _____

Fecha: _____



Permiso para Participar y Exoneración de Responsabilidad en R.E.C. Tutoría, Enriquecimiento, y Programa de Verano 2017-2018

Favor de marcar con sus iniciales y firmar al final de este permiso, para dar su permiso para las siguientes actividades relacionadas con el Centro Educativo de Riverside (REC).

Doy mi permiso a:

Nombre	Apellido	
Escuela	Grado	Maestro(a) de Cabecera

para participar en el centro educativo de Riverside 2017-2018 para apoyo académico, enriquecimiento y programas de verano.

Yo soy el padre/madre/persona a cargo del niño indicado arriba. Me han informado acerca de la necesidad del Centro Educativo de Riverside de obtener información acerca del expediente escolar de mi niño y su rendimiento en la escuela, para poder adaptar los servicios de apoyo académico (tutoría) y enriquecimiento a sus necesidades académicas, y aconsejarle de la siguiente forma:

Por favor lea esta información cuidadosamente y luego firme en la parte de abajo

INICIAL:

- DOY** consentimiento para que Mesa County Valley School District No. 51 (el Distrito) dé los siguientes expedientes educativos acerca de mi hijo al Centro Educativo de Riverside o a sus representantes autorizados, con el propósito de proveer y mejorar la provisión de programas de apoyo a(tutoría) y enriquecimiento después de clases a mi hijo: Datos de puntuación de CoAlt, PARCC, CMAS y otros datos de evaluaciones, datos de calificaciones y asistencia e información educativa puesta en o disponible del sitio Web de ParentVue del Distrito bajo la cuenta de mi hijo
- DOY** consentimiento para que y autorizo que los maestros y administradores del Distrito hablen según sea necesario con el personal del Centro Educativo de Riverside y los voluntarios designados para proveer servicios de apoyo académico(tutoría) y enriquecimiento a mi hijo sobre las necesidades académicas de mi hijo.
- DOY** mi autorización y permiso al Centro Educativo de Riverside y a sus empleados y voluntarios autorizados a conseguir y usar el nombre de usuario y la contraseña de ParentVue/StudentVue de mi hijo para acceder a su cuenta en el sitio Web de ParentVUE del Distrito, y a ver, imprimir o bajar la información educativa puesta en o disponible de tal sitio Web bajo tal cuenta.
- DOY** mi permiso para que mi hijo sea transportado REC ya sea en vehículo Miembro del Personal, vehículo alquilado o autobús para salidas académicas
- ENTIENDO** que la información y los datos que se consigan por el Distrito según este Consentimiento y Autorización se usarán solo por motivos educativos, y no serán compartidos ni revelados a terceros sin nuevo consentimiento escrito por mi parte.
- Por la presente libero, mantengo indemne, y exonero de toda responsabilidad a REC, a la Junta Directiva, y a sus agentes, directores, voluntarios, o empleados, de cualquier y todo reclamo, a causa de acción, costos o gastos que surjan y que se relacionen con la participación de mi hijo en los programas de REC de **tutoría, enriquecimiento y programa de verano.**
- Doy mi permiso al Centro Educativo de Riverside para que tome fotos, haga grabaciones de video, audio, TV, y use el nombre de mi hijo para cualquier evento de REC para promover relaciones públicas o por motivos de nuevos alistamientos.
- Autorizo y nombro como mi agente al Centro Educativo de Riverside o a sus agentes o empleados, para que consigan cuidado médico/dental necesario para mi hijo en caso de emergencia. Autorizo la administración de primeros auxilios y medicamentos sin receta para llevar al cabo cualquier tratamiento de emergencia necesario, y autorizo la divulgación de información médica a REC y a la institución médica de tratamiento. También doy autorización para que REC divulgue cualquier información que sea necesaria para el tratamiento. Yo seré el responsable de los gastos de tal tratamiento de emergencia. Al dar la autorización para tratamiento de emergencia, exonero de toda responsabilidad y mantengo indemne a REC, a sus agentes y empleados de cualquier reclamo, incluyendo los gastos, de cualquier índole, de tal tratamiento.

He sido informado de las reglas de REC. Reconozco que se exigirá que mi hijo cumpla con el reglamento de REC **durante el año escolar, en las instalaciones y en los paseos.** REC tiene derecho a expulsar estudiantes del programa si no cumplen con las reglas. Se les notificará a los padres en caso de problemas graves de comportamiento.

Nombre de Padre/Guardián:			
Firma de Padre/Guardián:		Fecha:	



Permiso y Autorización de obtener Documentación de IEP de Estudiante para los programas de **R.E.C. Tutoría, Enriquecimiento, y Programa de Verano 2017-2018**

Favor de marcar con sus iniciales y firmar al final de este permiso, para dar su permiso para las siguientes actividades relacionadas con REC.

Doy mi permiso al Distrito Escolar 51 dar a REC documentación IEP de mi estudiante:

Nombre	Apellido	
Escuela	Grado	Maestro

Yo soy el padre/madre/persona a cargo del niño indicado arriba. Me han informado acerca de la necesidad del Centro Educativo de Riverside de obtener información acerca del expediente escolar de mi niño y su rendimiento en la escuela, para poder adaptar los servicios de apoyo académico (tutoría) y enriquecimiento a sus necesidades académicas, y aconsejarle de la siguiente forma:

Por favor lea esta información cuidadosamente y luego firme en la parte de abajo

Inicial:

DOY consentimiento para que Mesa County Valley School District No. 51 (el Distrito) dé los siguientes expedientes educativos acerca de mi hijo al Centro Educativo de Riverside o a sus representantes autorizados, con el propósito de proveer y mejorar la provisión de programas de apoyo a(tutoría) y enriquecimiento después de clases a mi hijo:
Documentación de IEP

DOY consentimiento para que Mesa County Valley School District No. 51 (el Distrito) dé los siguientes expedientes educativos acerca de mi hijo al Centro Educativo de Riverside o a sus representantes autorizados, con el propósito de proveer y mejorar la provisión de programas de apoyo a(tutoría) y enriquecimiento después de clases a mi hijo: Datos de puntuación de CoAlt, PARCC, CMAS y otros datos de evaluaciones, datos de calificaciones y asistencia e información educativa puesta en o disponible del sitio Web de ParentVue del Distrito bajo la cuenta de mi hijo

DOY consentimiento para que y autorizo que los maestros y administradores del Distrito hablen según sea necesario con el personal del Centro Educativo de Riverside y los voluntarios designados para proveer servicios de apoyo académico(tutoría) y enriquecimiento a mi hijo sobre las necesidades académicas de mi hijo.

ENTIENDO que la información y los datos que se consigan por el Distrito según este Consentimiento y Autorización se usarán solo por motivos educativos, y no serán compartidos ni revelados a terceros sin nuevo consentimiento escrito por mi parte.

Por la presente libero, mantengo indemne, y exonero de toda responsabilidad a REC, a la Junta Directiva, y a sus agentes, directores, voluntarios, o empleados, de cualquier y todo reclamo, a causa de acción, costos o gastos que surjan y que se relacionen con la participación de mi hijo en los programas de REC de **tutoría, enriquecimiento y programa de verano.**

Nombre de Padre/Guardián:			
Firma de Padre/Guardián:		Fecha:	



Riverside Educational Center
After School Tutoring and Enrichment

Nombre de Estudiante

Comprometidos a la Excelencia 2017-2018

Acuerdo del Personal de REC- Nos comprometemos totalmente al Programa del Centro Educativo de Riverside (REC) de las siguientes maneras:

- Llegaremos a tiempo a REC y estaremos listos para trabajar con los estudiantes.
- Siempre enseñaremos de la mejor manera que sepamos y haremos todo lo que se necesite para que nuestros estudiantes aprendan.
- Estaremos siempre disponibles a los estudiantes y sus familias con cualquier pregunta o problema que se tenga.
- Siempre protegeremos la seguridad, los intereses, y los derechos de todo individuo.

Firma de Personal de REC:		Fecha:	
---------------------------	--	--------	--

Acuerdo de Padres de Familia- Nos comprometemos totalmente a REC de las siguientes maneras:

- Nos aseguremos de que nuestro hijo llegará para su sesión de apoyo académico todos los días a su hora designada.
- Recogeremos y firmaremos la salida de nuestro hijo todos los días a la hora indicada.
- Asumimos la responsabilidad por nuestro hijo si regresa a la casa a pie después de sus sesiones de apoyo académico.
- Si nuestro hijo va a faltar una sesión de apoyo académico, avisaremos a un miembro del personal del REC antes de que comience esa sesión. **Teléfono: 970-462-2901**
- Si nuestro hijo ya no asistirá a REC, nos hacemos responsables de notificar a REC de esto.
- Si nuestro hijo tiene 3 faltas sin justificación, entiendo que puede perder su lugar en el programa.
- Aceptamos la responsabilidad de reemplazar cualquier libro de texto perdido o dañado que fue prestado a nuestro hijo.
- Nos comunicaremos con el personal del REC sobre cualquier necesidad académica que tenga nuestro hijo.
- Repasaremos con nuestro hijo su tarea para asegurar que todos los deberes y tareas de la escuela estén completos.
- Entendemos que nuestro hijo debe cumplir con las reglas del REC, para proteger la seguridad, los intereses, los derechos y las oportunidades de aprendizaje de todos en REC. Respondemos las acciones disciplinarias del REC.
- Nos comprometemos a pagar todo o parte de la matrícula de \$20 o a trabajar como voluntario en el REC

Firma de Padre/Guardián:		Fecha:	
--------------------------	--	--------	--

Acuerdo del Alumno- Nos comprometemos totalmente REC de las siguientes maneras:

- Me comprometo a hacer mis tareas sin interferir con el derecho a aprender de los demás estudiantes.
- Me comprometo a respetarme a mí mismo y trabajar al máximo de mi capacidad.
- Me comprometo a respetar a los demás con mi modo de hablar y actuar, porque REC es una zona segura para todos.
- Me comprometo a estar orgulloso de mí mismo porque estoy esforzándome para ser mejor estudiante.
- Soy responsable por mi propio comportamiento, mis acciones, y seguiré las instrucciones del personal de REC.

Firma de Estudiante		Fecha:	
---------------------	--	--------	--