



Registro De La Actividad Extraescolar

Fecha de comienzo: _____

Número de certificado del DHS: _____

Información del estudiante:

Nombre del niño: _____ IM: _____ Apellido del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

Raza/Etnia del niño: _____ Idioma principal que se habla: _____

Seguro médico: _____

Escuela que atiende: _____ Grado del niño _____

Nombre del professor/a: _____

Información de los padres/guardianes:

Padre o Guardián: Madre/Padre Abuelo/a Guardián

Nombre: _____ IM: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

Dirección residencial: _____ Apt/ Piso #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Celular: (____) _____ Trabajo: (____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Situación de vivienda: Alquiler Dueño de casa Vivo con familia/amigos

Raza/Etnia: _____ Seguro médico: _____

Lugar de trabajo: _____ Tiempo completo Tiempo parcial

Militar en servicio activo/ Veterano: Si No Sus ingresos anuales/mensuales: _____

Idioma principal que se habla _____



DR. MARTIN LUTHER KING, JR.
COMMUNITY CENTER

Padre o Guardián: Madre/Padre Abuelo/a Guardián

Nombre: _____ IM: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

Dirección residencial: _____ Apt/ Piso #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Celular: (____) _____ Trabajo: (____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Situación de vivienda: Alquiler Dueño de casa Vivo con familia/amigos

Raza/Etnia: _____ Seguro médico: _____

Lugar de trabajo: _____ Tiempo completo Tiempo parcial

Militar en servicio activo/ Veterano: Si No Sus ingresos anuales/mensuales: _____

Idioma principal que se habla _____

Otro miembro del hogar: Niño Hermano/a Padre Otro

Nombre: _____ IM: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

Celular: (____) _____ Trabajo: (____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Situación de vivienda: Alquiler Dueño de casa Vivo con familia/amigos

Raza/Etnia: _____ Seguro médico: _____

Lugar de trabajo: _____ Tiempo completo Tiempo parcial

Militar en servicio activo/ Veterano: Si No Sus ingresos anuales/mensuales: _____



DR. MARTIN LUTHER KING, JR.
COMMUNITY CENTER

Otro miembro del hogar: Niño Hermano/a Padre Otro

Nombre: _____ IM: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

Celular: (____) _____ Trabajo: (____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Situación de vivienda: Alquiler Dueño de casa Vivo con familia/amigos

Raza/Etnia: _____ Seguro médico: _____

Lugar de trabajo: _____ Tiempo completo Tiempo parcial

Militar en servicio activo/ Veterano: Si No Sus ingresos anuales/mensuales: _____

Otro miembro del hogar: Niño Hermano/a Padre Otro

Nombre: _____ IM: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

Celular: (____) _____ Trabajo: (____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Situación de vivienda: Alquiler Dueño de casa Vivo con familia/amigos

Raza/Etnia: _____ Seguro médico: _____

Lugar de trabajo: _____ Tiempo completo Tiempo parcial

Militar en servicio activo/ Veterano: Si No Sus ingresos anuales/mensuales: _____



Acuerdo Financiero de “Afterschool”

Tarifa por semana: \$85.00 por semana

- Los pagos completos deben realizarse el viernes de cada semana
- Aceptamos efectivo, cheque, tarjetas de crédito/débito, giros postales
- Se cobrará una tasa de 20 dólares por cada cheque devuelto que no se pueda cobrar.
- Los pagos seguirán siendo los mismos si el niño está ausente o si el centro está cerrado por las inclemencias del tiempo.

Firma del padre: _____ **Fecha:** _____

Acuerdo de los padres para las actividades extraescolares

1. Estoy de acuerdo con la inscripción de mi hijo(a), _____ en el Centro Comunitario Dr. Martin Luther King, Jr. Community Center After School Program. Estoy de acuerdo en que el MLKCC no será responsable en cualquier caso de enfermedad o lesión de mi hijo enrollado mientras participa en la facilidad o en el tránsito hacia y desde la facilidad.
2. Estoy de acuerdo en que, en caso de accidente o lesión, se preste atención médica de urgencia en caso de que no se pueda contactar conmigo inmediatamente.
3. Estoy de acuerdo en que mi hijo/a participe en los viajes de estudio o excursiones bajo la debida supervisión del personal de MLKCC.
4. Estoy de acuerdo en que he recibido y entiendo las políticas y procedimientos de MLKCC.
5. Yo **Doy** **No Doy** permiso al Dr. Martin Luther King, Jr. Community Center y/o sus agentes y socios autorizados a utilizar fotografías, vídeos, audio de, y atribuir citas directas a mi hijo en sus materiales de relaciones públicas y/o otras actividades promocionales sin necesidad de pago, derechos de autor, aprobación, inspección, o otras consideraciones.
6. La política de MLKCC, para su protección y la de su hijo, es entregar a su hijo sólo a usted. Si otro pariente/amigo va a recoger a su hijo, usted debe notificar al MLKCC al (401) 846-4828, o por medio de una nota con el nombre de la persona que recogerá a su hijo seguido de sus firmas
7. Estoy de acuerdo en que se me cobrará una tarifa de acuerdo con la Política de Retrasos después de la hora de cierre de las 6:00 pm.
8. Notificaré al MLKCC cuando se anticipe que mi hijo esté ausente.
9. Acepto que toda la información se actualice anualmente

Firma del padre: _____ **Fecha:** _____

El Centro Comunitario Martin Luther King prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, religión, credo, sexo, edad, estado civil, origen nacional, discapacidad mental o física, creencia o afiliación política, condición de veterano, orientación sexual, identidad y expresión de género, información genética y cualquier otra clase de individuos protegidos de la discriminación bajo la ley estatal o federal en cualquier aspecto del acceso, admisión o tratamiento de los estudiantes en sus programas y actividades, o en el empleo y la solicitud de empleo.



Información del niño

1. ¿Tiene su hijo alguna enfermedad o alergia? Si No

En caso afirmativo, explique

2. ¿Necesita su hijo un inhalador o una pluma de epinefrina?:

Si No

3. ¿Su hijo tiene un Plan Educativo Individualizado (IEP) o un plan 504? Si No En caso afirmativo, envíe una copia del plan con esta inscripción.

Detalles:

4. ¿Ha recibido su hijo las vacunas COVID 19 Si No Declina responder

5. ¿Han recibido los refuerzos de COVID 19? Si No Declina responder

6. ¿Cómo responde mejor su hijo a la reorientación si es necesaria? _____

7. ¿Alguna otra información sobre su hijo que debamos conocer?



**DR. MARTIN LUTHER KING, JR.
COMMUNITY CENTER**

Autorización de los padres para el tratamiento de emergencia después de la escuela

En consideración a la admisión, autorizo al Centro Comunitario Dr. Martin Luther King Jr. a hacer arreglos para el examen y/o tratamiento médico de mi hijo, _____.

En caso de que se produzca una emergencia/evacuación en el MLKCC o en una excursión, se entiende que el MLKCC hará un esfuerzo concienzudo para ponerse en contacto conmigo en los números de emergencia que he proporcionado a continuación antes de que se tome cualquier acción médica.

Prefiero que mi hijo sea llevado a _____ Hospital, en caso de necesidad. Entiendo que la elección del hospital puede estar limitada por el servicio de los servicios de rescate locales.

El plan de seguro médico de mi hijo: _____

Número de póliza: _____

Firma del Padre o Guardián

Numero de telefono

Numero de trabajo

Firma del Padre o Guardián

Numero de telefono

Numero de trabajo

Autorización de emergencia y recogida

Nombre y Apellido: _____ **Relación con el estudiante:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** ____ **Zip:** _____

Phone Number: _____ **Teléfono del trabajo:** _____

Nombre y Apellido: _____ **Relación con el estudiante:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** ____ **Zip:** _____

Phone Number: _____ **Teléfono del trabajo:** _____

Nombre y Apellido: _____ **Relación con el estudiante:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** ____ **Zip:** _____

Phone Number: _____ **Teléfono del trabajo:** _____