

## Formulario de inscripción (para 2 días)

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ N.º de ID \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

Maestro \_\_\_\_\_

Domicilio del estudiante \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor legal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Nombre del otro padre/tutor legal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

### Nombre del contacto en caso de emergencia:

\_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

### PROCEDIMIENTOS EN CASO DE EMERGENCIA

Un miembro del personal de Balarat examinará detenidamente y mantendrá bajo observación a cualquier niño que pueda estar enfermo o que haya tenido un accidente. Luego de consultar con los padres y con el maestro del salón de clases, el miembro del personal de Balarat a cargo tomará la decisión final en cuanto a la medida apropiada a seguir en este caso. Si el niño debe regresar a la casa, se seguirán los siguientes pasos:

1. El miembro del personal de Balarat a cargo se comunicará con el padre/tutor legal para informarle sobre la enfermedad o lesión.
2. El miembro del personal de Balarat a cargo hará los arreglos necesarios en cuanto al transporte para el niño.
3. El padre o tutor legal debe hacer los arreglos necesarios en la casa para recibir al niño.

Si no se puede notificar al padre o al tutor legal y el niño necesita atención médica inmediata, el personal de Balarat hará los arreglos necesarios en cuanto a la atención y/o traslado especial de emergencia, y/o los servicios médicos de emergencia. Tenga presente que las Escuelas Públicas de Denver no asumirán ninguna responsabilidad financiera por los gastos médicos en los que se incurra.

Según mi conocimiento, el estudiante goza de buena salud para participar plenamente en esta actividad. He especificado las indicaciones correspondientes si mi hijo tiene diabetes, epilepsia, alergias, problemas cardíacos o alguna condición física que requiere la administración diaria de medicamentos o atención especial.

Autorizo a mi hijo a participar en el programa en Balarat desde el día (Fecha) \_\_\_\_\_ hasta el día (Fecha) \_\_\_\_\_.

Al firmar este formulario de inscripción certifico que toda la información anterior es correcta y precisa.

**El precio de las comidas en Balarat depende de la elegibilidad de su niño en cuanto al almuerzo.** El personal de Balarat mantendrá la confidencialidad sobre el estado de elegibilidad de su hijo en cuanto al almuerzo y esta información se utilizará únicamente para determinar el costo de sus comidas en Balarat.

**Marque el monto apropiado para cubrir el costo de las comidas de su estudiante.**

\_\_\_\_\_ \$16.75 (precio regular)      \_\_\_\_\_ \$13.75 (precio reducido)      \_\_\_\_\_ \$13.00 (almuerzo gratuito)

El pago del monto correspondiente debe hacerse en efectivo o en cheque, **a nombre de la escuela de su estudiante.**

Firma del padre o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño \_\_\_\_\_

**\*\*Continúe al reverso de esta página\*\***

**Alergias**

¿Su hijo padece alguna alergia? (marque uno)

No

Sí

En caso afirmativo, ¿qué sucede cuando se expone al alérgeno? -

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene algún medicamento para esta alergia?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Discapacidad física**

Indique todos los problemas físicos o médicos de su hijo, *sin incluir las alergias*, de los que sería conveniente que tuviéramos conocimiento..

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medicamentos**

¿Su hijo toma actualmente algún medicamento? (marque uno)

No

Sí

En **caso afirmativo**, adjunte a este formulario el **Acuerdo de exoneración para la medicación estudiantil de DPS** para *cada uno de los medicamentos que toma*.

Todos los medicamentos que se administren mientras el estudiante esté en Balarat deben estar en el recipiente original, con una nota por escrito del médico del estudiante y una nota por escrito del padre o tutor legal en la que se solicita la administración de los medicamentos.

**Necesidades alimenticias especiales**

Indique a continuación si su hijo tiene necesidades alimenticias especiales debido a problemas de salud, alergias o por motivos religiosos (NO nos referimos a preferencias de comidas). Si su hijo necesita una dieta especial debe notificar al maestro del salón de clases y a la oficina de Balarat con **2 semanas** de antelación a la fecha del viaje para que podamos hacer los arreglos correspondientes. Nuestro personal de la cocina puede hacer los arreglos necesarios para satisfacer las necesidades alimenticias del estudiante, pero no puede hacerlo si no recibe una notificación con estas necesidades por anticipado. En algunos casos, los estudiantes deberán traer su comida para satisfacer sus necesidades alimenticias.

**Encierre en un círculo todas las que correspondan:**

Vegetariano

Vegano

No consume cerdo

No consume carnes rojas

No consume cacahuates

No consume frutos secos

No consume lácteos

No consume trigo/gluten

Otro: \_\_\_\_\_

**\*\*Lea y firme la parte de adelante de esta página\*\***