



Program:

- E.L.P.
- C.L.U.
- Y.C.

Formulario de Inscripción de Estudiantes 2019-2020

Información del Estudiante

Nombre del Estudiante <i>Como se muestra en el acta de nacimiento</i>		
Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo: Masculino Femenino Otro
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono de Estudiante	Correo Electrónico del estudiante	
Nombre de la Escuela	Grado	
Centro(s) Escolare(s) <i>(marque si asisten a)</i> : Calhoun Area Career Center / Math & Science Center / Kellogg Community College		

Contacto de Padres/Tutor

1. Nombre de Padre <i>Como se muestra en el acta de nacimiento</i>		
Fecha de Nacimiento	Edad	Relacion: Madre Padre Otro
Direccion (si es diferente a la del estudiante)		
Ciudad	Estado	Codigo Postal
Numero de Telefono	Correo Electrónico	
2. Nombre de Padre <i>Como se muestra en el acta de nacimiento</i>		
Fecha de Nacimiento	Edad	Relacion: Madre Padre Otro
Direccion (si es diferente a la del estudiante)		
Ciudad	Estado	Codigo Postal
Numero de Telefono	Correo Electrónico	

Contacto de Emergencia *Aparte de los padres*

Nombre	
Relación con el Estudiante	Número de Teléfono(s)

Historial médico y de desarrollo *Circule No ó Sí. Si marca Sí, por favor dé más información.*

Consideraciones Religiosas	No	Sí:
Restricciones dietéticas / Alergias a los alimentos	No	Sí:
Alergias (picaduras de abeja, medicamentos, etc.)	No	Sí:
Sangrado de nariz	No	Sí:
Discapacidad auditiva / del habla	No	Sí:
Epilepsia / Convulsiones	No	Sí:
Ansiedad / Enfermedades de Depresión	No	Sí:
Crónicas (Asma / Diabetes)	No	Sí:
Enfermedades graves (enfermedad cardíaca, cáncer, etc.)	No	Sí:
Problemas de Comportamiento (ADHD, Autismo, Bipolar, etc.)	No	Sí:
IEP / Acomodaciones que deben proporcionarse	No	Sí:

Documento de Exoneración de Fotos

Yo, por medio de este documento, otorgo a Voces derecho absoluto e irrevocable y permiso irrestricto respecto a los retratos fotográficos, editoriales o cualquier fotografía que Voces me haya tomado o en las cuales yo pueda estar incluido con otros, de proteger estos con derechos de autor; de volver a usar, publicar y volver a publicar los mismos total o parcialmente, individual o en conjunto con otras fotografías, y en conjunto con cualquier material impreso, en cualquiera y todos los medios incluyendo la página de web de Voces, el boletín mensual.

Yo por medio de este documento libero, exonero y acuerdo absolver a Voces, a sus representantes o asignados legales y a todas las personas que actúen bajo su permiso o autoridad, de cualquier responsabilidad relacionada con el uso de las fotografías como se mencionó anteriormente.

También estoy de acuerdo que mi participación en cualquier publicación de Voces no me confiere ningún derecho de propiedad. Reconozco que por mi participación voluntaria en publicaciones de Voces, no recibiré ninguna compensación económica.

Por medio del presente documento otorgo permiso a Voces para que fotografíe al participante del programa de Voces durante actividades y usar las fotografías en los materiales de Voces.

Firma del Padre:: _____

Fecha: _____

Firma del Menor de Edad: _____

Nombre del Menor de Edad: _____

Entiendo que toda la información que he proporcionado a Voces es confidencial y esta información solo será compartida con socios que proveen fondos según se juzgue apropiadamente. Autorizo a Voces a tomar y / o usar mi foto y / o video de mi familia en cualquier material promocional de Voces. Entiendo que si no deseo ser fotografiado o utilizado por Voces, debo notificarlo por escrito al Director de Voces. Además entiendo que mi hijo debe seguir todas las reglas y pólizas de Voces incluyendo, pero no limitado a, pólizas de cuidado de niños, pólizas de construcción y nuestro código de conducta. El incumplimiento puede resultar en que mi hijo no pueda participar en nuestro programa. Entiendo que no es responsabilidad de Voces por daños que resulten en la pérdida de vidas, lesiones personales y / o daños a la propiedad causados por la participación en el programa.

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____

Formulario de Autorización de Liberación de Información del Estudiante

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____

Grado: _____

Maestro: _____

Por la presente autorizo la publicación de la siguiente información de registro educativo:

_____ Datos sobre las calificaciones de mi hijo, los resultados de los exámenes de fin de curso, y otros exámenes individuales o grupales

_____ Otra información que se puede encontrar en los registros de mi hijo en la escuela, incluyendo su asistencia e incidentes escolares y disciplinarios en la escuela

_____ Todos los registros

_____ Otro (especificar) _____

a (Nombre y dirección de la persona / agencia para recibir información):

Voces

269-841-4111

520 W. Michigan Ave.
Battle Creek, MI 49037

La doctrina del consentimiento informado me ha sido explicada. Entiendo la naturaleza de la información que se va a publicar, la necesidad de esta información y el uso que se hará de esta información, y que hay estatutos y regulaciones que requieren a los destinatarios de esta información para mantener la confidencialidad de la información y utilizarla sólo para sus propósitos previstos para el Programas de Voces. Por la presente reconozco que este consentimiento es verdaderamente voluntario y entiendo que el consentimiento expirará automáticamente el 31 de agosto de 2020. Reconozco además que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento excepto en la medida en que se haya tomado acción basada en este consentimiento.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Presenciado por

Fecha

La información divulgada a un tercero de conformidad con esta autorización está sujeta a las disposiciones de confidencialidad previstas en la Ley de Derechos y Privacidad de la Familia (FERPA) y no puede ponerse a disposición de ninguna otra parte sin el consentimiento por escrito del padre / tutor.