Guilford County Schools

ACES
Servicios de Cuidado y Enriquecimiento
Después de la Escuela

Debe ser completado por el Coordinador Local del Programa ACES

Enrollment Fee Payment ($15): ❒ Check #_____ ❒ Money Order ❒ Cash

Date Received by ACES_____GCS Receipt Number_____Start Date_____

Date Notification of Withdrawal Received *(attach form)*_____Last Date_____

Does student have a DSS Voucher? ❒ Yes ❒ No

ACES Solicitud de Matrícula 2009-10

$15 Matrícula Anual
No se requiere si el niño(a) tiene Vale DSS por cuidado de niños

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE: *Por favor complete una solicitud separada para cada estudiante.*

NOMBRE ESCUELA A LA QUE ASISTE EL ESTUDIANTE

(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre) (Apodo) (Escuela) (Maestro(a) 2009-10 – Dejar en blanco si no sabe)

FECHA DE NACIMIENTO_____ M/D/Y	GRADO K 1 2 3 4 5 Si está matriculando para el próximo año escolar, encierre en un circulo el grado en que el niño(a) será matriculado en el otoño.	EDAD_____ Si está matriculando para el próximo año escolar, diga la edad que el niño(a) tendrá al primer día de escuela	SEXO M F Encierre uno en un círculo

RAZA/ETNICIDAD ❒ Afroamericano ❒ Asiático ❒ Caucásico ❒ Hispano ❒ Multirracial ❒ Nativo Americano ❒ Otro

HERMANOS y HERMANAS en ACES en ESTA ESCUELA: *Si se está matriculando para el próximo año escolar, indique el grado al que el niño(a) asistirá en el otoño*

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Grado

PADRES/APODERADOS:

Llame PRIMERO a este padre/madre/apoderado

(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Relación con Estudiante N° Licencia de Conducir de NC

Calle Ciudad Estado Còdigo Postal

Empleado(a) por

Correo Electrónico

Teléfono Trabajo / Teléfono Hogar / Teléfono Celular

Llame si el padre/apoderado no ha sido localizado

(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Relación con Estudiante N° Licencia de Conducir de NC

Calle Ciudad Estado Còdigo Postal

Empleado(a) por

Correo Electrónico

Teléfono Trabajo / Teléfono Hogar / Teléfono Celular

Cuando la escuela se cancela o cierra temprano debido al mal tiempo, ACES no opera. Por favor avise al maestro(a) de la sala de clases de su hijo(a) si usted le retirará, o si su hijo(a) tomará el bus a casa en días en que la escuela cierra temprano debido al mal tiempo.

Si para las preguntas de arriba necesita más espacio, por favor escriba en un papel separado y adjúntelo a esta solicitud.

¿Existe alguna situación de separación, divorcio o custodia que nuestro personal debiera saber? ❒ NO ❒ SÍ

¿Tiene alguna persona prohibición, por una orden de la Corte, de recoger a su hijo(a)? Si es así, adjunte la orden de la Corte y una explicación.

Nombre de la persona con Prohibición / Relación con el Niño(a)

Por favor llene la parte de atrás de este formulario

En cumplimiento con las leyes federales, las Escuelas del Condado de Guilford administran todos los programas educacionales, actividades de empleo y admisiones sin discriminación por raza, religión, origen étnico o nacional, color, edad, servicio militar, discapacidad o género, excepto donde la exención sea apropiada y permitida por ley. Refiérase a la Política de Ambiente Libre de Discriminación AC del Directorio de Educación para una declaración completa. Preguntas o quejas deben ser dirigidas a las Escuelas del Condado de Guilford, Funcionario de Acatamiento, 120 Franklin Blvd., Greensboro, NC 27401; (336) 370-2323.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

_____

(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apodo)

CONTACTO DE EMERGENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA RECOGER: *Personas que no sean padres/apoderados*

Liste las persona(s) que usted autoriza para recoger a su hijo(a), o que autoriza que el personal de ACES contacte para recoger a su hijo(a), si ni el padre/madre/apoderado en Página 1 han sido localizados, y: 1) si usted no ha recogido a su hijo(a) a la hora de término de ACES, ni ha telefoneado al coordinador local de ACES para confirmar si un miembro del personal de ACES puede quedarse en la escuela hasta que usted llegue; 2) si su hijo(a) está enfermo o lesionado, pero no requiere de inmediata o mayor atención medica y usted no puede ser localizado(a) en un tiempo razonable (por ej. fiebre no muy alta, nausea o lesión menor).

En el evento de una emergencia médica, se llamará al 911 para asegurar tratamiento médico para su hijo(a). Si ni el padre/madre/apoderado de Página 1 pueden ser localizados, se llamará a los contactos de emergencia listados más abajo para ayudar al personal de la escuela a localizar a los padres/apoderado y/o reunirse con su hijo(a) en el establecimiento médico. *Si no tiene a nadie, escriba "NADIE" en el espacio más abajo.*

Nombre	Relación con el Niño(a)	Teléfono Trabajo	Teléfono Hogar	Teléfono Celular

MÉDICO DEL NIÑO(A): _____ HOSPITAL DE PREFERENCIA: _____

Si no tiene escriba "SIN PREFERENCIA" en la línea superior. *Si no tiene escriba "SIN PREFERENCIA" en la línea superior.*

PROBLEMAS DE SALUD u OTRAS CONDICIONES MÉDICAS:

Es muy importante que sepamos si su hijo(a) tiene una alguna condición de salud (alergia a picaduras de abeja o comida, asma, diabetes, convulsiones, etc.) miedos, o si está recibiendo servicios especiales por alguna condición. ¿Qué condiciones deberíamos conocer? _____

¿Tendrá su hijo(a) un Plan de Cuidado para Emergencia Escolar, Salud o Diabetes desarrollado por la administración de la escuela, enfermera de la escuela y padres/apoderado, por una condición médica? ❒ NO ❒ SÍ *(Si la respuesta es SÍ, ¿qué cuidado podría necesitar durante su horario en ACES?)* _____

Durante su horario ACES, ¿necesitará su hijo(a) medicamentos en forma regular? ❒ NO ❒ SÍ *(Si la respuesta es SÍ, escriba el nombre del medicamento)*_____

Los padres/apoderado son responsables por entregar un formulario de Autorización para Medicamentos para un Estudiante en la Escuela, a la oficina de la escuela.

Si para las preguntas de arriba necesita más espacio, por favor escriba en un papel separado y adjúntelo a esta solicitud.

ACUERDO PADRES/APODERADOS: *Mi firma más abajo indica……*

1. Estoy de acuerdo en enviar los pagos ACES los Lunes o el primer día ACES de la semana, y yo comprendo que para la conveniencia de los padres, el pago anual de ACES se divide en pagos semanales iguales.
2. He recibido el Resumen: folleto de Ley y Reglas de Carolina del Norte para Cuidado del Niño.
3. Comprendo que yo puedo recibir el Manual ACES para Padres y otra información de parte del coordinador local de ACES, o visitando el sitio web de las Escuelas del Condado de Guilford (GCS), **www.gcsnc.com/programs/aces.htm**.
4. Estoy de acuerdo en atenerme a las pautas y guías establecidas en el Manual ACES para Padres y otras comunicaciones de ACES.
5. Comprendo que el Manual GCS para el Estudiante contiene las políticas y procedimientos del distrito en relación a la conducta y disciplina del estudiante. Comprendo que los estándares GCS para la conducta del estudiante que aplican a las escuelas, a las actividades fuera del establecimiento y patrocinadas por la escuela, y a cualquier forma de transporte proporcionado por el distrito, aplican durante el programa ACES. Los estándares incluyen, pero no se limitan a, el Manual para el Estudiante del distrito, políticas y procedimientos, y reglas y procedimientos de la escuela.
6. Comprendo que en el evento de una emergencia médica, se llamará al 911 para asegurar tratamiento médico para mi hijo(a). Estoy de acuerdo que un miembro del personal de ACES, el director(a) o una persona designada por el director(a), pueda autorizar al personal de emergencia para proporcionar cuidado en el evento que los padres/apoderados no puedan ser contactados inmediatamente. Comprendo que el padre/madre/apoderado es responsable por los gastos médicos asociados con la emergencia.
7. Comprendo que el padre/madre/apoderado es responsable por los gastos médicos u otros asociados con accidentes en la escuela y que el seguro para accidentes del estudiante está disponible a través de la oficina de la escuela.
8. Si yo retiro a mi hijo(a), proporcionaré información por escrito al coordinador local de ACES. Pagaré por la semana en la que haga la notificación y por la semana siguiente (última).
9. Yo doy permiso a mi hijo(a) para participar plenamente en las actividades ACES.

✗ _____ _____ _____

Firma *Fecha* *Relación con el Niño(a)*

Se debe hacer un pago de matrícula no-reembolsable de $15 cuando la postulación inicial para registro del estudiante en ACES 2009–10 se envía al coordinador local de ACES.

El pago de registro no se requiere para los estudiantes que tienen vale DSS por cuidado de niños.