WCCUSD | EXPANDED LEARNING

WCCUSD – Programa Después de Escuela 2024-2025

Información del Estudiante		
Apellido del niño(a):	Primer nombre del niño(a):	Segundo nombre del niño(a):
Fecha de Nacimiento	Grado:	
Escuela	Número de Estudiante:	
Direccion:		
Información del Padre o Tutor (1)		
Nombre del Padre o Tutor:	Relación al Estudiante:	
Numero del Celular:	Numero del Trabajo:	Correo Electronico:
Dirección (si es diferente a la del estudiante):		
Información del Padre o Tutor (2)		
Nombre del Padre o Tutor:	Relación al Estudiante:	
Numero del Celular:	Numero del Trabajo	Correo Electronico:
Dirección (si es diferente a la del estudiante):		
Información de contactos de emergencia: Si el padre o tutor no está disponible los siguientes adultos pueden recoger a mi hijo(a) del programa.		
Nombre de Contacto de Emergencia #1 (Apellido, Primer Nombre):	Relación al estudiante:	
Numero del Celular:	Numero del Trabajo:	
Nombre de Contacto de Emergencia #1 (Apellido, Primer Nombre):	Relación al estudiante:	
Numero del Celular:	Numero del Trabajo:	

WCCUSD | EXPANDED LEARNING

WCCUSD – Programa Después de Escuela 2024-2025

Nombre de Contacto de Emergencia #3 (Apellido, Primer Nombre):	Relación al estudiante:
Numero del Celular:	Numero del Trabajo:

Informacion Medica

¿Tiene su hijo(a) alguna alergia severa? Si No

Si respondió "si", por favor describa la naturaleza de su alergia y tratamiento necesario:

¿Su hijo(a) requiere medicamento durante el horario del programa? Si No

Si respondió "si", por favor describa:

Permiso para Tratamiento Médico Necesario

"En el caso de un accidente o enfermedad repentina, cuando un padre o tutor no esté disponible, autorizó a un representante de la escuela a obtener atención médica para mi hijo, incluido transporte necesario, de acuerdo con su mejor criterio. Además, autorizo al médico mencionado posteriormente para que brinde la atención y el tratamiento que considere necesarios. Si el médico designado a continuación no está disponible, autorizo que dicha atención y tratamiento sean realizados por un médico o cirujano autorizado seleccionado por el representante de la escuela". Acepto pagar todos los costos.

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

Proveedor Medico:	Número de identificación médica del paciente:
Nombre del doctor:	Numero telefonico del doctor:
¿Recibe su hijo(a) Servicios de Educación Especial? Si No	¿Tiene su hijo(a) un Plan 504? Si No

Exenciones y responsabilidades del programa de aprendizaje extendido

- ☐ "Yo/nosotros nos damos cuenta de que este es un programa voluntario, y que al participar yo/nosotros aceptamos los siguientes términos y condiciones. Yo/nosotros entendemos que el Distrito Escolar Unificado de West Contra Costa no asume ninguna responsabilidad por lesiones/enfermedades de mi/nuestro hijo. Yo/nosotros entendemos además que yo/nosotros liberamos y mantenemos al Distrito Escolar Unificado de West Contra Costa, sus funcionarios, agentes, empleados y voluntarios("Exonerados") de toda responsabilidad, conocida y desconocida, o reclamos que puedan surgir de la participación de mi/nuestro hijo en el Programa de Aprendizaje Extendido. Además, reconozco y acepto que la participación de mi/nuestro hijo en el Programa de Aprendizaje Extendido incluye la posible exposición de mi/nuestro hijo a una enfermedad infecciosa que incluye, entre otros, MRSR, influenza y COVID 19; y yo/nosotros asumimos libremente dichos riesgos y mantenemos libres e indemnes a los Liberados de toda enfermedad, discapacidad, muerte, pérdida o daños a personas o bienes que surjan de los mismos, en la mayor medida permitida por la ley aplicable." **Confirme su comprensión marcando la casilla**.
- ☐ "Yo/nosotros damos permiso a mi/nuestro hijo(a) para excursiones a pie."**Confirme su comprensión marcando la casilla.**

WCCUSD | EXPANDED LEARNING

WCCUSD – Programa Después de Escuela 2024-2025

Evaluación del programa de aprendizaje extendido

El Distrito lleva a cabo una evaluación anual de sus programas de aprendizaje extendido. Esta evaluación analiza la calidad del programa y puede comparar los datos de resultados académicos de los participantes del programa con los de los no participantes. No se identificaran los nombres de los estudiantes.

☐ "Yo/nosotros damos permiso para que el personal de Programa de Aprendizaje Extendido revise los datos escolares de mi/nuestro hijo (puntajes de exámenes, boletas de calificaciones y otras medidas), proporcionadas por el Distrito Escolar Unificado de West Contra Costa para evaluar la eficacia académica del Programa de Aprendizaje Extendido. Programa de Aprendizaje. Yo/nosotros también damos permiso para que el personal del Programa de Aprendizaje Extendido supervise el progreso y realice encuestas de evaluación de mi/nuestro hijo para determinar si los servicios son útiles para mi/nuestro hijo." **Confirme su comprensión marcando la casilla.**

Permiso a publicaciones

Durante la asistencia de su hijo al programa de aprendizaje extendido, el/ella/ellos pueden participar en una actividad que se está fotografiando o grabando en video. Estas fotografías/grabaciones de video pueden usarse con fines promocionales.

☐ "Autorizo al Distrito Escolar Unificado de West Contra Costa y/o a cualquier tercero que haya aprobado a fotografiar/grabar en video a mi hijo durante las actividades del programa de aprendizaje extendido y a editar/usar cualquier fotografía/grabación a discreción exclusiva del Distrito Escolar Unificado de West Contra Costa. Entiendo que mi hijo y yo no tendremos ningún derecho o interés legal que surja de la imagen/grabación, incluido el interés económico. También acepto liberar y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar Unificado de West Contra Costa y a cualquier tercero que haya sido aprobado de y contra cualquier reclamo, demanda, daño y responsabilidad que surja del uso de las fotografías/grabaciones." **Confirme su comprensión marcando la casilla.**

Adaptaciones razonables en los Progamas de Aprendizaje Extendido

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 prohíbe que los programas y actividades no académicas y extracurriculares operados o patrocinados por escuelas públicas discrimen a los estudiantes con discapacidades al negarles la admisión o participación continua únicamente en función de la discapacidad de un niño. Estos programas y actividades no pueden negar una adaptación razonable sin hacer una evaluación individualizada de las necesidades del estudiante. Las adaptaciones son determinadas por el Distrito caso por caso. Al escribir mi nombre abajo, yo reconozco que entiendo los derechos explicados aquí y en la Guía de Adaptaciones Razonables en los Programas de Aprendizaje Extendido del Distrito proveídos con esta aplicación.

Por favor firme aquí para la información para Adaptaciones Razonables en los Programas de Aprendizaje Expandido.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha: _____

Gracias por aplicar al programa para después de la escuela. Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con ExpandedLearning@wccusd.net o llame al 510-307-4652.