



LEADERSHIP, EDUCATION AND ATHLETICS IN PARTNERSHIP, Inc.

(LEAP) Aplicacion y forma de permiso. Una forma por cada niño.

Español

El Programa Después de la Escuela

Office Use Only
Date Received: _____

Informacion del Niño/a

Nombre del Niño/a: _____ Direccion: _____ Apt. _____
Ciudad: _____ Codigo Postal: _____ # de Telefono: () _____
Vecindario: (marque uno): Fair Haven Church Street Dixwell-Newhallville Dwight-Kensington Farnam Courts
Pertenencia Etnica (marque uno): Africano-Americano Caribe-Americano Caucasico Hispano Indigeno-Americano Otra _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo (marque uno): M F
Escuela del Niño/a: _____ Grado: _____

Informacion Financiero

Ingreso familiar: \$0-10,000 \$10,001-20,000 \$20,001-30,000 \$30,001-41,000 \$41,001-50,000 Otro
Tamano de la casa (Cuantas personas viven en tu casa?) _____
Asistencia Financiero: TANF Food Stamps General Assistance Social Security Disability Social Security Income
 Veterans Compensation Care 4 Kids
Recibe el almuerzo de precio reducido or almuerzo gratiz? Si No Marque uno: Gratis Reducido

Informacion de Padres

Con quien vive el/la niño/a?: _____ Relacion al niño/a: _____
Nombre del Guardian: _____ Direccion (si diferente a del niño): _____
Telefono: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
Email: _____ Nino vive con: dos padres__ uno de dos padres__ abuela/o__ otro__

Informacion de Emergencia

(1) A quien llamemos en caso de emergencia (**QUE NO SEA EL GUARDIAN**): _____
Relacion al niño/a: _____ Direccion: _____
Telefono: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
(2) A quien llamemos en caso de emergencia (**QUE NO SEA EL GUARDIAN**): _____
Relacion al niño/a: _____ Home Address: _____
Telefono: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Informacion del Niño/a en LEAP

He atendido su niño/a a LEAP antes? (Marque uno): Si No
Cuando fue que su niño/a atendio por primera vez? (Mes/Año) _____
Nombre del consejero(s) en LEAP: _____

(VOLTEÉ LA PAGINA)

Historia Medica del Niño/a

Tiene su niño/a algunas problemas o asuntos medicos o academicos? Por favor marque los que aplican a su niño y explique.
(Esta informacion no afectara la posibilidad de que su hijo/a participar en el programa)

↑ Asma	↑ Sangrar por la nariz	↑ Incapacidades (explique)
no usa 'inhaler'	↑ Reacciones Alérgicas:	_____
↑ usa 'inhaler'	Comidas _____	↑ Educacion Especial en la escuela
↑ Usa maquina de respirar para dormir	Medicacion _____	↑ Otras condiciones serias
	Otro _____	Explique por favor: _____
↑ Vision	Usa Epi-pen	_____
↑ Gafas/Contactos		_____
↑ Oidos	↑ ADD or ADHD (Hyperactivity)	_____
↑ Necesita 'Hearing Aid'	Medicacion _____	_____

Acuerdo de Despedida

La manera en que mi niño/a regresara de LEAP diariamente sera:

- ↑ Mi niño tiene mi permiso para andar a él/ella misma en casa cada día..
- ↑ Yo sere responsable por la transportacion de mi hijo/a.

Yo entiendo que mi hijo/a necesita atender el programa de LEAP todos los dias. Si mi hijo/a no atiende el programa cada dia, puede que resulte en perder su espacio. Si por algun razon mi hijo/a no puede continuar en el programa, yo llamare al numero siguiente para explicar la razon: (203)-773-0770.

Nombre de su hijo/a: _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Coste de Llegar Tarde

Favor de notar que hay que pagar un coste de **\$10 por cada cinco minutos que llegas tarde** para recoger a su niño por las tardes. Si el tiempo de despedir es a las 6:00pm, les damos diez minutos ante de aumentar el cuesto adicional. Asi tienes hasta las 6:10pm sin tener que pagar el costo. Pero despues de los primeros diez minutos se aplica el coste. Por ejemplo si llega de 6:11-6:15 le cuesta \$10, y de 6:16-6:20 le cuesta \$20, y siguiente.

Tenga su pagamiento preparado al recoger su niño. *Participantes no pueden regresar al dia siguiente si no se ha colectado su pagamiento.* **Por eso, recomendamos que vengas un poco temprano a recoger su niño cada tarde. No hay excepciones.**

OTROS HONORARIOS: Los cargos adicionales solicitaran los viajes y acontecimientos especiales.

Firma del Padre: _____

Autorizacion General

Yo, _____, el encargado legal de _____

(Nombre de padre o encargado)

(Nombre de Niño/a)

autorizo el programa de LEAP (Leadership, Education, and Athletics in Partnership, Inc.) y cualquier otra organizacion poder ser contratada para cualquier servicio de alguna y toda responsabilidad para algun desafio que podria afectar mi niño/a durante el programa de LEAP. Ya he leído la descripcion del programa y entiendo que este programa es educacional, de recreacion, e incluye viajes de campamento y viajes que duran de tres a cinco dias, a veces.

Autorizo al Distrito de Escuelas de New Haven tener derecho de usar todos documentos educacionales y recursos medicos que envuelvan a mi hijo/a a LEAP. Entiendo que esta informacion sirve para satisfacer regulaciones del estado sobre salud y para evaluar el desarrollo y las necesidades academicas de mi hijo/a. Tambien autorizo al programa de LEAP de proporcionar ayuda medica en caso de emergencia y que sere contactado/a tan pronto que sea posible. Autorizo LEAP de tener derecho de usar fotos y otros formas de retrato vivo asi como tambien voces y sonidos durante la participacion de mi niño/a en este programa. Doy la licencia al derecho de usar fotos y cualquier otro tipo de elementos de retrato vivo, asi como tambien su biografia, como se desea en todos medios de formas publicitarias, incluyenado su participacion en LEAP, sin compensacion y limitacion de cualquier indole.

(Firma del Padre/Guardian)

(Fecha)

Favor de entregar esta aplicacion a:

LEAP Roslyn Milstien Meyer Community Center ♦ 31 Jefferson Street ♦ New Haven, CT 06511 ♦ (phone) 203.773.0770 ♦ (fax) 203.773.1695