**Horizontes afiliación sitio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Programa horizontes de registro del alumno y formulario de autorización**

***(Por favor imprima) Due:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**Nombre del solicitante**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Primera última inicial media

**Dirección de casa**

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ apto. # \_\_\_ ciudad/estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zip del estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono casa matriz cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente de la dirección) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email address\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_\_\_\_ **Género** *(circule uno)*: masculino femenino

                             *Mes/día/año*

**Distrito Escolar corriente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ escuela actual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Grado actual (o más reciente grado completado si completar formulario en verano)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Solicitante recibe educación especial en la escuela actual?** (el*círculo uno*) Sí No

**Es solicitante elegible gratis o reducido almuerzo?** (el*círculo uno*) Sí No no estoy seguro

**Información de inscripción previa**

¿Ha asistido al solicitante horizontes previamente? (el*círculo uno*) Sí No

Si **Sí**, ¿cuál era el nombre del programa horizontes asistido? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Si **Sí,** cuando el solicitante asistir a la última? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                     *Mes/año*

**Raza/origen étnico**

¿Es el candidato hispano o Latino? (el*círculo uno*) Sí No

*Por favor haga las selecciones que mejor describen a fondo racial o étnico del niño:*

□ Indio americano o nativo de Alaska (personas con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del norte y mantener la identificación cultural a través del reconocimiento de afiliación o de la comunidad tribal.)

□ Asiático o isleño del Pacífico (personas con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del lejano Oriente, sureste de Asia, las Islas del Pacífico o del subcontinente indio. Esta área incluye China, India, Japón, Corea, las Islas Filipinas y Samoa).

□ Hispano (personas de origen mexicana, puertorriqueña, cubana, Central o América del sur o de otra la cultura española o — sin importar la raza)

□ Negro o afroamericano (personas con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África)

□ Blanco o caucásico (personas con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, norte de África o el Medio Oriente)

**Idioma información**

Idioma primario del solicitante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lengua hablada en casa del solicitante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hogar información (*usar el reverso de esta hoja si necesita más espacio*)**

*Padres/tutores*

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relación con Applicant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_\_ teléfono celular \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relación con Applicant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_\_ teléfono celular \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relación con Applicant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_\_ teléfono celular \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relación con Applicant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_\_ teléfono celular \_\_\_\_\_

*Otros miembros del hogar*

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relación Applicant \_\_\_\_\_ a grado actual \_ sexo (*círculo uno*) M / F Fecha de nacimiento \_\_ / \_\_ / \_\_ horizontes estudiante o alumbre (*del círculo uno)* Sí / No

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relación Applicant \_\_\_\_\_ a grado actual \_ sexo (*círculo uno*) M / F Fecha de nacimiento \_\_ / \_\_ / \_\_ horizontes estudiante o alumbre (*del círculo uno)* Sí / No

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relación Applicant \_\_\_\_\_ a grado actual \_ sexo (*círculo uno*) M / F Fecha de nacimiento \_\_ / \_\_ / \_\_ horizontes estudiante o alumbre (*del círculo uno)* Sí / No

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relación Applicant \_\_\_\_\_ a grado actual \_ sexo (*círculo uno*) M / F Fecha de nacimiento \_\_ / \_\_ / \_\_ horizontes estudiante o alumbre (*del círculo uno)* Sí / No

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relación Applicant \_\_\_\_\_ a grado actual \_ sexo (*círculo uno*) M / F Fecha de nacimiento \_\_ / \_\_ / \_\_ horizontes estudiante o alumbre (*del círculo uno)* Sí / No

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relación Applicant \_\_\_\_\_ a grado actual \_ sexo (*círculo uno*) M / F Fecha de nacimiento \_\_ / \_\_ / \_\_ horizontes estudiante o alumbre (*del círculo uno)* Sí / No

 Family Income: Includes all family members living in the household. (Gross income before taxes are withheld:

### Yearly $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **OR** Monthly $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **OR** Weekly $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Descargo de responsabilidad:** Esta información es confidencial, sólo se utilizará para determinar la elegibilidad del niño para el programa.

**Contactos de emergencia**

 Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relación al sexo Applicant \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*círculo uno*) M F

Trabajo teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_ de casa teléfono \_\_\_\_\_\_ teléfono celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relación al sexo Applicant \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*círculo uno*) M F

Trabajo teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_ de casa teléfono \_\_\_\_\_\_ teléfono celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relación al sexo Applicant \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*círculo uno*) M F

Trabajo teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_ de casa teléfono \_\_\_\_\_\_ teléfono celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información adicional:**

¿Cuál es el nivel más alto de educación completada por del solicitante padre o tutor?

□ Algunos HS □ HS Diploma o equivalente □ algunos colegio □ Associates

□ Solteros □ maestría □ doctorado □ otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿El solicitante asistir a ninguna actividad extraescolar durante el año escolar más reciente? *(Opcional)*(*del círculo uno)*Sí No

Si **Sí,** ¿cuál fue la actividad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿El solicitante sabe cómo nadar? (*del círculo uno)*Sí No

Si **Sí**, ¿a qué nivel? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Talla de camiseta? (*del círculo uno)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| X-Small (juventud) | Pequeño (juventud) | Medio (juventud) | Grande (juventud) | X-grande (juventud) | XX-grande (juventud) |
| X-Small (adulto) | Pequeño (adulto) | Medio (adulto) | Grande (adulto) | X-grande (adulto) | XX-grande (adulto) |

**Médicos**

¿El solicitante tiene alguna alergia o condiciones médicas? Sí No

If **yes,** please list: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Por favor indique el solicitante toma regularmente algún medicamento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Horizontes pueden administrar medicamentos sobre el mostrador (OTC) para su niño? (*del círculo uno)* Sí No

Si **Sí**, por favor indique los medicamentos OTC aceptables. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Del estudiante médico o clínica información (opcional)*

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Información sobre seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró acerca de horizontes? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de persona completar este formulario *(por favor imprima)*:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Relación con el niño: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***PERMISOS Y ACUERDOS***

1. doy permiso a la escuela de mi hijo para liberar la escuela anual siguiente graba el programa de enriquecimiento de estudiante horizontes: académico (grados), salud, asistencia, disciplinaria y psicológica. Doy permiso a la escuela de mi hijo para liberar o proporcionar contacto o reenviar información para el programa de enriquecimiento de estudiante horizontes para los propósitos de contactar a mí o a mi hijo en el futuro. Este permiso para divulgar información a horizontes de mi hijo es en efecto hasta que el niño se gradúa de la escuela secundaria. Soy consciente que puedo revisar o desafiar cualquier registros o información antes de lanzar. Toda la información y materiales de cualquier tipo se reunieron durante este proceso será confidenciales y no será revelados a mi hijo o mi familia.

2. yo doy permiso a los horizontes para mi hijo participar en y ser transportado a excursiones, acampar durante la noche, natación y otros eventos especiales tienen lugar durante las actividades de programa y curso de verano. Doy permiso a mi hijo a tomar parte en todas las actividades del programa académico incluyendo la evaluación de salud y viajes fuera de las instalaciones de la escuela. Por la presente libero el programa de enriquecimiento de horizontes y la (escuela de host) \_\_\_\_ escuela de responsabilidad a mí o a mi hijo por cualquier pérdida o daño sufrido por mí o mi hijo debido a una lesión a mi hijo mientras en horizontes, durante actividad de cualquier horizonte, o mientras son transportados desde y hacia horizontes.

***PERMISOS y acuerdos (continuados)***

3. autorizo fotos de mi hijo que fueron tomadas durante horizontes, cotizaciones de mi hijo, de mi hijo obras de arte, proyectos de trabajo, escrituras y fotografías tomadas por mi hijo para ser reproducido para uso en medios de comunicación, publicaciones y recaudación de fondos.

4. le doy permiso a mi hijo a usar el Internet en horizontes y por el presente comunicado de la escuela de cualquier asociado pasivos.

5. Entiendo y estoy de acuerdo con la política de asistencia del programa horizontes enriquecimiento de : *"es extremadamente importante que los niños participar en el programa todos los días. Usted no debe planear viajes, citas con el médico o cualquier otra cosa que mantendría a su niño de asistir todos los días de programa.* ***Si su hijo falta 3 días***

***o más debido a las emergencias no médicas, no invitará a regresar al año siguiente y le dará su lugar a otro niño.*** *Esta política se aplicará estrictamente. "*

6. estoy de acuerdo que si cambian planes de transporte de mi hijo por cualquier motivo, o si ellos serán recogidos levantado temprano, o por alguien que no sea el tutor, te daré la información por escrito por lo menos 24 horas de anticipación.

7. Acuerdo de notificar a la oficina de horizontes inmediatamente si mi familia en contacto con cambios en la información, incluyendo números de teléfono, dirección, correo electrónico, o a la escuela cambios.

***Nombre del padre* : (signature) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Date:* *­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***PLEASE PRINT NAME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***\*\* Por favor, adjunte más reciente informe remplazara del estudiante\*\****

Por favor utilice el espacio inferior (o la parte posterior de la página) para informarnos sobre cualquier otra cosa que desea saber acerca de su hijo.

|  |
| --- |
|  |
|  |  |

**Para uso de oficina solamente:**

**Afiliados aplicar a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sitio aplicando, si varios sitios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Aceptado:** Si o No **la fecha de aceptación: \_\_\_\_\_\_\_ Fecha de inscripción: \_\_\_** \_\_\_\_\_

**Fecha: estado de inscripción \_\_\_\_\_\_\_ (*lista de espera, renuncia, o inscritos*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Reunió los requisitos de ingresos:** Si o No **nuevos o regresan?** \_\_\_\_\_\_\_\_