

**Aplicación del Programa de Enriquecimiento Extraescolar  
de La Academia de Campeones**

**Estudiante**

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Genero:      Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_  
Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

**Padre/Guardián - Información de Contacto**

**Padre/Guardian #1**

**Srta. Sra. Sr.** Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_  
Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_  
Teléfono de Celular \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

**Padre/Guardián - Información de Contacto**

**Padre/Guardian #2**

**Srta. Sra. Sr.** Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_  
Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_  
Teléfono de Celular \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

El estudiante vive con:

\_\_\_\_\_

**Información de Contacto de Emergencia - Alternante para recoger el estudiante**

**Contacto de Emergencia #1**

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_  
Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono de Celular \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Parentesco con el estudiante \_\_\_\_\_

**Información de Contacto de Emergencia - Alternante para recoger**

**Contacto de Emergencia #2**

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_  
Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono de Celular \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Parentesco con el estudiante \_\_\_\_\_

## Aplicación del Programa de Enriquecimiento Extraescolar de La Academia de Campeones

Por favor, enumere las personas, además de los padres/tutores, que pueden recoger a su hijo:

1: \_\_\_\_\_ 2: \_\_\_\_\_  
3: \_\_\_\_\_

### **Información Medica**

Información de Seguro

Nombre del Proveedor del Seguro Médico \_\_\_\_\_

Medico de Cabecera \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Preferencia de Hospital \_\_\_\_\_

Por favor, indique cualquier problema médico, incluyendo los que requieran medicación de mantenimiento (por ejemplo, diabetes, asma, convulsiones).

<u>Problema Medico</u>	<u>Tratamiento Requerido</u>	<u>¿Se debe llamar a los paramédicos?</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Está su hijo recibiendo tratamiento por una lesión o enfermedad, o tomando algún tipo de medicación por cualquier motivo?

No \_\_\_ Si \_\_\_ En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Es su hijo alérgico a algún tipo de alimento o medicamento?

No \_\_\_ Si \_\_\_ En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo necesita una dieta especial?

No \_\_\_ Si \_\_\_ En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

El propósito de la información arriba mencionada es asegurar que el personal médico tenga detalles de cualquier problema médico que pueda interferir o alterar el tratamiento.

En caso de emergencia médica, contacte:

Contacto	Nombre	Teléfono	Parentesco
Contacto #1			
Contacto #2			
Contacto #3			

**Aplicación del Programa de Enriquecimiento Extraescolar  
de La Academia de Campeones**

Entiendo que seré notificado en el caso de una emergencia médica que involucre a mi hijo. En el caso de que no se me pueda localizar, autorizo a que se llame a un médico y se presten los servicios médicos necesarios en caso de que mi hijo se lesione o enferme.

Iniciales del padre/tutor \_\_\_\_\_

Entiendo que el Programa Extraescolar de La Academia de Campeones no será responsable de los gastos médicos incurridos, sino que dichos gastos serán mi responsabilidad como padre/tutor.

Iniciales del padre/tutor \_\_\_\_\_

Por favor, marque con un círculo la manera en cómo se enteró del Programa Extraescolar de la Academia de Campeones.

Escuela                      De boca en boca                      Volante                      Otro

**Términos del Acuerdo**

**Publicación de Fotografías**

Por la presente doy permiso para que mi hijo sea fotografiado durante el programa extraescolar de la Academia de Campeones. Entiendo que las fotos se utilizarán para llevar un diario de las actividades, para compartir durante las presentaciones de power point y/o informes a nuestros donantes y para fines promocionales, incluyendo volantes, folletos, periódicos y en internet. Entiendo que aunque la fotografía de mi hijo/a puede ser usada para publicidad, su identidad no será revelada, no espero compensación y que todas las fotos son propiedad del Programa Extraescolar de la Academia de Campeones.

Iniciales del padre/tutor \_\_\_\_\_

**Liberación de Transporte**

Por la presente doy permiso para el transporte de mi hijo/a para las actividades oficiales del Programa Extraescolar de la Academia de Campeones mediante los medios de transporte acordados por los organizadores del programa.

Iniciales del padre/tutor \_\_\_\_\_

La Academia de Campeones no se hace responsable de la pérdida o daño de bienes personales. Todos los eventos programados están sujetos a cambios. Las fotos y citas de los niños pueden ser utilizadas con fines publicitarios. En caso de emergencia y si no se puede contactar con un médico de cabecera, autorizo a mi hijo a ser atendido por un personal de emergencia certificado (es decir, EMT, First Responder, y/o médico).

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

Nombre del padre/tutor en letra de molde: \_\_\_\_\_