

Children's Defense Fund Freedom Schools® Forma de Inscripción Para Niños



INSTRUCCIONES: Por favor complete un formulario para cada niño(a) que desee inscribirse en el programa *Freedom Schools* del Children's Defense Fund. Si la información requerida no aplica a su niño(a), marque N/A. Si la información requerida no está disponible o no la sabe marque U/A.

Fecha: (Mes/ Día/ Año): _____ / _____ / _____

Nombre del Padre/Guardián: (Apellido, Primer Nombre, Inicial):

Parentesco al niño(a): _____

- Madre
- Padre
- Guardián Legal
- Padre de Crianza
- Abuelo/a
- Otro _____

¿Actualmente vive este niño(a) con usted?

- Sí
- No

¿Cuál es la dirección de su niño(a)?

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información Demográfica de su Niño(a)

1. **Apellido del niño(a):** _____

Primer nombre del niño(a): _____

Segundo Nombre del Niño(a): _____

2. **Nombre Preferido del Niño(a) o Apodo:** _____

3. **Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año):** _____ / _____ / _____

4. Sexo:

- Masculino
- Femenino

5. ¿Cuál es el idioma principal/idioma nativo de su hijo(a) (idioma usado en casa)?

6. Raza de su hijo(a)/Etnia (seleccione solo una):

- Afro-Americano/Negro, no-Latino
- Nativo Americano/Indígena o Nativo de Alaska
- Asiático-Americano
- Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico
- Latino/Hispano
- Euro-Americano/Blanco, no-Latino
- Etnidad Mixta
- Otra _____

7. ¿Tiene su hijo(a) hermanos(as)?

- Sí **Si respondió sí, cuántos(as) tiene?** _____
- No

8. ¿Tiene su hijo(a) hermanos(as) que actualmente participan en el programa *CDF Freedom Schools*?

- Sí
- No

9. ¿En qué otras actividades extracurriculares o programas de enriquecimiento participa su hijo(a) durante el verano o año escolar (ej. deportes organizados, música o baile, tutoría académica, clubs, etc.)?

10. ¿Recibe o califica su hijo(a) para almuerzo gratis/precio reducido en la escuela durante el año escolar?

- Sí
- No

11. ¿A qué tipo de escuela asiste su hijo(a)?

- Pública
- Escuela Charter
- Religiosa
- Privada
- Escuela en Casa
- Otro _____

12. ¿Cuál es el nombre y la dirección de la escuela a la cual asiste su hijo(a) durante el año escolar?

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

13. ¿Qué grado escolar acaba de completar su hijo(a)?

Pre-K

4

9

K

5

10

1

6

11

2

7

12

3

8

14. ¿Ha estado su hijo(a) en un hogar de crianza (foster care) en algún momento en su vida?

Sí

No

Información Académica de Su Hijo(a)

15. ¿Participa su hijo(a) en cualquiera de los siguientes programas educacionales (seleccione todo lo que aplique)?

Educación Bilingüe

ESL/LEP

Educación Especial

Dotado y Talentoso

Otro _____

16. ¿Le ha informado su doctor, un profesional de la salud, maestro, u oficial de la escuela alguna vez que su hijo(a) tiene una discapacidad de aprendizaje?

Sí

No

Si respondió sí, por favor explique:

17. ¿Ha repetido su hijo(a) un grado alguna vez?

- Sí
- No
- Se desconoce

18. ¿Ha participado, anteriormente, su hijo(a) en el programa *CDF Freedom Schools*?

- Sí
- No

Si respondió sí, cuántos veranos ha participado su hijo(a) en el programa *CDF Freedom Schools*?

(No incluya el verano actual.)

19. ¿En cuál nivel del Currículo de Lectura Integrada (IRC) va a participar su hijo(a) este verano?
(Use el nivel que refleje el año escolar más reciente de su hijo(a).)

- Nivel I (Grados K-2)
- Nivel II (Grados 3-5)
- Nivel III (Grados 6-8)
- Nivel IV (Grados 9-12)

20. ¿Cuál es el nivel de desempeño en lectura de su hijo(a)?

- Superior al Grado
- De Acuerdo al Grado
- Por Debajo del Grado
- No Aplica
- Se Desconoce

Información Médica del Niño(a)

21. ¿Tiene su hijo(a) aseguranza médica?

- Sí
- No

Si respondió sí, por favor provea los datos requeridos a continuación:

Compañía de Seguro Medico: _____

Nombre de la Persona al Mando de la Póliza: _____

Numero de Identificación: _____

Numero de Grupo: _____

Por favor explique cualquier procedimiento especial que debemos seguir en el evento que su hijo(a) sufra una emergencia médica:

22. **¿Le ha confirmado, alguna vez, un doctor o profesional médico que su hijo(a) tiene alguna de las siguientes condiciones médicas o discapacidades?**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento o conducta |
| <input type="checkbox"/> Problemas auditivos | <input type="checkbox"/> Problemas con los músculos, huesos, articulares |
| <input type="checkbox"/> Problemas de visión | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de Déficit de Atención (ADD) | <input type="checkbox"/> Autismo |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Hiperactivo de Déficit de Atención (ADHD) | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Depresión o problemas de ansiedad | |

Cualquier retraso en su desarrollo o deficiencia física (Por favor describa debajo.)

23. **¿Tiene su hijo(a) alguna condición médica o discapacidad que no esta en la lista anterior? Por favor describa en el espacio siguiente.**

24. **¿Tiene su hijo(a) restricciones dietéticas, de alergia o de ejercicio? Si respondió sí, por favor describa en el espacio siguiente.**

25. ¿Usa su hijo(a) medicamento recetado por un doctor?

- Sí
- No

Si respondió sí, por favor incluya una lista del medicamento:

26. ¿Por alguna razón su hijo(a) no puede participar en actividades de dificultad moderada o fatigante?

- Sí
- No

Si respondió sí, por favor explique:

27. ¿Ha visitado su hijo(a) al médico durante los últimos 12 meses?

- Sí
- No
- Se desconoce

28. ¿Durante los últimos 12 meses, le ha dicho un doctor o profesional de salud que su hijo tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

- Fiebre del hieno o cualquier alergia respiratoria
- Cualquier alergia digestiva o de comida
- Eccema o cualquier alergia de la piel
- Dolores de cabeza severos o frecuentes (incluyendo migrañas)
- Problemas del habla (tartamudeo o balbuceo)
- Tres o más infecciones de los oídos
- Otro _____

29. ¿Ha visitado su niño(a) al dentista durante los últimos 12 meses?

- Sí
- No
- Se desconoce

30. ¿Ha visitado su hijo(a) al optometrista en los últimos 12 meses?

- Sí
- No
- Se desconoce

31. Por favor indique cualquier otra información adicional que desea proveer acerca de su hijo(a) aquí.

THIS SECTION IS FOR STAFF USE ONLY
(Esta sección se completará por el personal)

Today's Date: ____/____/____

Name of *CDF Freedom Schools* program Sponsor Organization:

Name of *CDF Freedom Schools* program Site:

CDF Freedom Schools program Site Address:

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

CDF Freedom Schools program Site Phone Number: (____) _____ - _____