

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Complete un formulario para cada niño. Si va a inscribir a más de un niño de la misma familia/hogar, complete la primera página para cada uno.

Fecha:	(para uso del personal solamente) Nombre de SLI:			
INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO				
*Apellido del niño(a):	*Primer nombre:	Segundo nombre:	*Fecha de nacimiento:	Edad:
			/ /	
Dirección:				
Ciudad:		*Estado:	Código postal:	
*Nivel del niño:	<input type="checkbox"/> Nivel I (kínder – 2o)	<input type="checkbox"/> Nivel II (3o - 5o)	Talla de camisa (tee):	
	<input type="checkbox"/> Nivel III (grades 6o - 8o)	<input type="checkbox"/> Nivel IV (grades 9o - 12o)	*Raza del niño/Etnia (seleccione lo aplicable):	
*Identidad de género:	Pronombres preferidos:		<input type="checkbox"/> Nativo americano/Indio o Nativo de Alaska	
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Ella		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> El		<input type="checkbox"/> Asiático Americano	
<input type="checkbox"/> No-binario	<input type="checkbox"/> Ellos		<input type="checkbox"/> Negro/Afro-americano	
<input type="checkbox"/> Niego afiliarme	<input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Hispano/ Latino	
<input type="checkbox"/> Otro _____			<input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico	
*¿Que es el nivel de competencia en lectura de su hijo?			<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Inferior al nivel de grado			<input type="checkbox"/> Superior al nivel de grado	
<input type="checkbox"/> Al nivel de grado				
*Por favor enumere los idiomas que su hijo(a) habla en casa.			*¿Es su hijo(a) aprendiz de inglés?	
_____			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
*Tipo de escuela a la que atendió su hijo(a) durante el año:				
<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Escuela charter <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Casa escuela <input type="checkbox"/> Otra _____				
*Grado recientemente completado:		*¿Recibe o califica su hijo(a) para almuerzo gratuito o a costo reducido durante el año académico?		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
*Nombre de la escuela:		*Ciudad:	*Estado:	
*¿Ha participado si hijo(a) en el programa del verano CDF Freedom Schools anteriormente?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿por cuantos años ha participado? _____				
*¿Tiene su hijo(a) seguro médico?		*Si es así, proporcione el nombre del seguro?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> N/A		
*¿Ha qualificado su hijo(a) para un programa de educación individualizada (Individualized Educational Plan o IEP) o un plan 504?				
<input type="checkbox"/> Sí, IEP <input type="checkbox"/> Sí, 504 <input type="checkbox"/> No				
¿Cuáles son algunas de las mejores estrategias que nuestro equipo puede usar para apoyar el aprendizaje de su hijo(a) a través del verano?(ej.: refuerzo positivo, grupos pequeños)			¿Tiene su hijo(a) alergias o condiciones médicas de las que debemos estar informados? ¿Si es así, cuáles?	
_____			_____	

¿Hay algo más que quiere compartir acerca de su hijo(a)?

---

---

### INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

\*Apellido del adulto llenando el formulario: \_\_\_\_\_ \*Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

\*Relación al niño(a):

Padre/Madre     Abuelo(a)     Otro(a) pariente     Otro(a) (no parientes)

\*¿Este individuo es un tutor legal?     Sí     No

\*Identidad de género:

Femenino  
 Masculino  
 Non-binario  
 Niego afiliarme  
 Otro \_\_\_\_\_

\*Pronombres preferidos:

Ella  
 El  
 Ellos  
 Otro \_\_\_\_\_

\*Número del hogar:

(       )

\*Número de celular:

(       )

Número de trabajo:

(       )

\*Correo electrónico:

Correo electrónico alternativo (si aplica):

\*¿Número de personas que viven en el hogar? \_\_\_\_\_ \*# de niños de edad 6-18 \_\_\_\_\_ \*# de niños menores de 5: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

\*Apellido: \_\_\_\_\_ \*Primer nombre: \_\_\_\_\_ \*Segundo nombre: \_\_\_\_\_ \*¿Esta persona es autorizada para recoger al niño(a)?  
 Sí     No

\*Número del hogar:

(       )

\*Número de celular:

(       )

\*Número del trabajo:

(       )

\*Correo electrónico:

Por favor proporcione una lista de los adultos autorizados para recoger a su hijo(a) durante el programa.

Nombre:	Relación:	Número de celular:
1.		
2.		
3.		

*En caso de emergencia, yo doy permiso para que el programa contacte a cualquiera de los individuos en la lista y mi hijo(os) puede ser entregado a cualquiera de ellos.*

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

Yo entiendo que la organización que inscribe a mi hijo(a) en el programa *CDF Freedom Schools* lo hace en colaboración con Children's Defense Fund para ofrecer este programa de verano. Esta información personal se mantendrá privada y confidencial y solo se compartirá con CDF para la colección de información demográfica en cuanto a la cantidad de participantes y para reportar esta información en forma agregada.

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