

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/DECLARACIÓN DE MATRÍCULA - CLUB REWIND 2011-2012



Programa: (encierra en un círculo) **ANTES SOLO** **DESPUÉS SOLO** **COMBINACIÓN ANTES/DESPUÉS**

Nombre del estudiante:	M/F	Fecha de nacimiento:
Domicilio:	Ciudad:	
Código Postal:	Teléfono/casa:	
Escuela en el 2011-2012:	Grado en el 2011-2012:	

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES

Nombre del padre:	Nombre de la madre:
¿Autorizado para recoger? (No. de licencia de conductor)	¿Autorizada para recoger? (No. de licencia de conductor)
Teléfono de la casa:	Teléfono de la casa:
Teléfono del trabajo:	Teléfono del trabajo:
Teléfono celular: Localizador:	Teléfono celular: Localizador:
Correo electrectrónico:	Correo electrónico:

El estudiante vive con: padre madre ambos padres otro: (padrastros/familiares/etc.)

*Si uno de los padres no está autorizado para recoger al estudiante, el personal de la oficina principal de *Club Rewind* debe revisar los documentos pertinentes del tribunal.

AUTORIZACIÓN PARA BRINDAR ATENCIÓN MÉDICA

En caso de que no puedan contactarse conmigo para hacer arreglos para atención médica de emergencia, autorizo al personal o a la persona a cargo de la instalación para llevar a mi hijo a:

Nombre del médico:	Domicilio completo:
Teléfono:	
Nombre del hospital:	Domicilio completo:
Teléfono:	

Información de alergias del estudiante:

Doy consentimiento para que esta instalación obtenga toda y cualquier atención médica de emergencia para mi hijo.

Firma del padre o tutor legal: _____

SÍRVASE LEER Y ESCRIBIR SUS INICIALES EN CADA UNA DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES. RECONOZCO QUE:

Debo pagar la matrícula para el 1ro del mes y que si no la he pagado para el día 16, mi hijo será retirado del programa. **Iniciales**

Si el comportamiento de mi hijo se vuelve problemático, peligroso para sí mismo o para los demás y que si no responde a las intervenciones, se me llamará para que lo recoja de inmediato. Si el mal comportamiento continúa, mi hijo será retirado del programa. **Iniciales**

Los miembros del personal de *Club Rewind* no se harán responsables de las pertenencias de mi hijo. **Iniciales**

La política para el uso aceptable de las computadoras del distrito se aplica también para el *Club Rewind*. **Iniciales**

Doy permiso para que se incluya a mi hijo en las fotografías y videos del programa con fines de capacitación y/o mercadeo. **Sí** **No**

Los miembros del personal del *Club Rewind* son empleados de CFISD y, como tales, son funcionarios escolares con acceso a los archivos de CFISD de mi hijo. *Club Rewind* no es parte del programa académico de CFISD y, como tal, toda revisión de archivos estudiantiles por personal del *Club Rewind* será solo como referencia. El personal administrativo de *Club Rewind* realizará una revisión y evaluación individual de toda solicitud referente a la educación especial y todo ajuste afin. **Iniciales**

PERMISO PARA LA SALIDA (no aplica al cuidado por la mañana solo)

La persona primaria que recogerá a mi hijo es (incluya no. de licencia de conductor): _____

Relación con el niño: _____

Escriba el nombre de todas las personas autorizadas para recoger a su hijo. Su hijo podrá irse solo con unas de las personas autorizadas. Esas personas deberán mostrar comprobante de identificación. En caso de emergencia, también se puede contactar a las siguientes personas.

USTED DEBE PROPORCIONAR POR LO MENOS 2 OTRAS PERSONAS A QUIÉN CONTACTAR Y SUS NÚMEROS TELEFÓNICOS

Nombre/Relación	Licencia de conductor	Números telefónicos

Para agregar o quitar personas de la lista, se debe enviar por adelantado una solicitud por escrito al personal del programa.

EMPLEADOS de CFISD

Nombre completo del empleado: _____

Posición: _____ Escuela/Instalación: _____

DESCUENTOS

Si desea solicitar un descuento, sírvase llenar esta sesión. Usted es elegible para solicitar un descuento si su hijo califica para el programa de comidas gratis o de precio reducido.

Mi hijo califica para comidas de precio reducido: _____ **Iniciales.**Mi hijo califica comidas gratis: _____ **Iniciales.**Ya presenté una solicitud para comidas gratis o de precio reducido y estoy esperando la respuesta. _____ **Iniciales.****NECESIDADES ESPECIALES**

Mi hijo tiene las siguientes necesidades especiales (referentes a la salud, lo académico, lo social, lo emocional, etc.):

Nota: Los miembros del personal del *Club Rewind* son empleados de CFISD y, como tales, pueden obtener información de los archivos escolares de su hijo para determinar la elegibilidad para inscripción en el programa.**DECLARACIÓN REFERENTE A LA MATRÍCULA**

Reconozco lo siguiente: la cuota de inscripción/materiales no es reembolsable ni transferible. El pago de la cuota debe hacerse el 1ro del mes, independientemente del día de la semana que caiga el primer día. Se me cobrarán cuotas adicionales los días 6 y 11 de cada mes, si me atraso en pagar. Mi hijo será retirado del programa si para el 16 del mes tengo CUALQUIER balance sin pagar. Si mi hijo es retirado del programa, tendré que volver a pagar la cuota de inscripción/materiales y pagar todo lo que deba para volver a inscribirlo en el programa. Para retirar a mi hijo del programa debo enviar una NOTA POR ESCRITO dos semanas antes. Seré responsable de todas las cuotas calculadas al momento del retiro. En dicha nota debo incluir la fecha del último día de asistencia de mi hijo al programa. Si envío la nota después que mi hijo ya no esté más en el programa, seré responsable de toda cuota correspondiente a las dos semanas de aviso. Si mi hijo es retirado o suspendido del programa por cualquier motivo, no se me reembolsará el pago de la matrícula.

Firma del padre

Fecha

HE LEÍDO LA INFORMACIÓN EN EL PAQUETE DE INSCRIPCIÓN. ESTOY DE ACUERDO CON CUMPLIR LAS *NORMAS DEL CLUB REWIND* Y NOTIFICARÉ POR ESCRITO AL PERSONAL TODO CAMBIO REFERENTE A LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO Y RECONOZCO QUE ES MI RESPONSABILIDAD MANTENER ACTUALIZADA TODA INFORMACIÓN PERSONAL PROVISTA AL PROGRAMA.

FIRMA DEL PADRE

FECHA

Club Rewind no discrimina a las personas por motivos de raza, color, origen de procedencia, sexo, edad, religión o discapacidad. Debido a la dotación de personal y las restricciones presupuestarias, y como *Club Rewind* no es parte del programa académico de CFISD, hay ciertas restricciones de inscripción y se revisará individualmente toda solicitud de inscripción para aceptación en el programa. Si las necesidades de un niño son mayores que lo que se puede satisfacer bajo el índice de personal a niño de 1:16, entonces *Club Rewind* no es una opción conveniente para cuidado antes y después del horario escolar.

FOR OFFICE USE ONLY

DATE REC'D: _____ BY: _____ ACTUAL START DATE: _____

CHECK #: _____ AMOUNT: _____ PURPOSE: _____

Tuition Rate: _____ Explanation for Rate: _____

Siblings? Where and specify location of payment: _____

Enviar el formulario a: *Club Rewind*, 22602 Northwest Fwy, Suite 1; Cypress, TX 77429