

SECTION 1

## INFORMACION DEL PARTICIPANTE

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ ID del estudiante: \_\_\_\_\_ GPA: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Identidad de Genero: \_\_\_\_\_

Raza/Etnicidad:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hispano o Latino | <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> AfroAmericano    | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas Pacificas   |
| <input type="checkbox"/> Caucastico       | <input type="checkbox"/> Dos o mas Razas                     |
| <input type="checkbox"/> Asiatico         |  |

Grado Escolar:  4o  5o  6o

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Numero de Emergencia: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) recibe almuerzo gratis?  Si  No

¿Su hijo(a) recibe almuerzo a precio reducido?  Si  No

¿Su hijo(a) recibe apoyo para el aprendizaje del idioma inglés?  Si  No

¿Su hijo tiene necesidades de servicios adicionales?  Si  No

Por favor, comparta las necesidades de apoyo adicional  
\_\_\_\_\_

SECTION 2

## CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MÉDICO

El propósito de esta sección es permitir que los estudiantes reciban asistencia de emergencia, tratamiento médico o dental en caso de que se enfermen o lesionen. En el caso de una emergencia, el personal del Programa 21st CCLC Pathways intentará comunicarse primero con el padre/tutor antes de iniciar alguna acción de emergencia.

En el caso de no tener éxito en la comunicación con el padre/tutor, doy mi consentimiento para mi hijo(a)/participante reciba cualquier tratamiento considerado necesario por un médico o dentista certificado y la transferencia del estudiante a un hospital. Esta autorización no cubre ninguno de los costo asociado con el tratamiento

### ANTECEDENTES MÉDICOS

Proporcione información sobre los antecedentes médico del estudiante y describa cualquier impedimento físico o condición (incluyendo alergias) que requieren el uso de medicamentos y para los cuales los médicos deben ser alertado. También enumere cualquier condición médica de la cual el personal de programa deben ser conscientes y cualquier medicamento que será consumido durante el programa.

### CONDICIONES MÉDICAS

\_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS (DOSIS/FRECUENCIA)

\_\_\_\_\_

### ALERGIAS

\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL DOCTOR: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_ DIRECCION: \_\_\_\_\_

SECTION 3

## INFORMACIÓN DE LOS PADRES, CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN

Nombre del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_  
*Nombre Segundo Nombre Apellido*

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Lenguaje hablado (marque todo lo que corresponda):

- Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN

Mi hijo tiene permiso para caminar a casa por si solo despues de asistir a las actividades que occurrent después de la escuela.

Mi hijo(a) será recogido (escriba el nombre a continuación)

\_\_\_\_\_  
*Nombre Segundo Nombre Apellido*

### EXENCIÓN DE PARTICIPACIÓN, COMUNICACIÓN, EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD, ASUNCIÓN DE RIESGO, LIBERACIÓN DE RECLAMACIÓN Y RECUPERACIÓN DE DATOS DE LOS PARTICIPANTES PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Doy permiso para que mi hijo(a)/estudiante asista al programa y todas las actividades anuales requeridas, incluyendo excursiones. El programa comienza el 1 de septiembre y finaliza el 31 de agosto. Detalles ubicados en [21stcclcpathways.org](http://21stcclcpathways.org) y adjunto a la solicitud del programa.

Doy permiso para que mi hijo/estudiante se vaya solo a casa despues de la conclusion de las actividades ofrecidas por el programa.

Entiendo que la información en esta solicitud será utilizada por el personal del programa para comunicarse con los padres/tutores. Por igual, la información de los participantes sera utilizada para los reportes a ISBE.

Doy permiso para que mi hijo(a)/estudiante sea contactado y participe en comunicación con el programa a través, entre otros, de llamadas telefónicas, Aplicación de mensajería BAND, Remind, Google Suite for Education (mensajería/videoconferencia) y sitio web oficial/redes sociales.

Autorizo al personal de 21st CCLC Pathways a actuar en mi nombre en caso de cualquier emergencia, accidente o enfermedad. Libero la Northeastern Illinois University, Distrito 99 y 21st CCLC Pathways de cualquier responsabilidad o reclamo que surja o esté relacionado de alguna manera con este programa.

Entiendo que mi firma a continuación otorga a Northeastern Illinois University permiso para contactar, intercambiar y recopilar información (incluyendo IAR y calificaciones) de mi hijo inscrito. Esta información no afectará la admisión de mi hijo(a). Informacion sera utilizará para diseñar un programa que satisfaga las necesidades de mi hijo y para fines de evaluación del programa.

También otorgo permiso completo para que Northeastern Illinois University publique cualquier fotografías o películas con la imagen de mi hijo(a) y/o publicar la imagen de mi hijo nombre en el texto de materiales promocionales relacionados con programas en elCenter for College Access and Success. El contenido recopilado podría publicarse para materiales impresos y en línea, como la página web del programa, red interna y afiches de promoción del programa.

La firma de esta solicitud representa que soy el padre/tutor del menor y que tengo plena autoridad legal para ejecutar el consentimiento y aceptar lo descrito en relacion a la participacion de my hijo(a) en el programa.

### FIRMA

*Las firmas son necesarias para admitir al estudiante en el program.*

\_\_\_\_\_  
Firma de la estudiante / participante Fecha

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

SECTION 4

