

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				
* Primer nombre del niño(a):	Segundo nombre:	*Apellido:	*Fecha de nacimiento: / /	Edad:
Dirección:				
Ciudad:		*Estado:	Código postal:	
*Nivel del niño:	<input type="checkbox"/> Nivel I (kínder – 2o) <input type="checkbox"/> Nivel III (grades 6o - 8o)	<input type="checkbox"/> Nivel II (3o - 5o) <input type="checkbox"/> Nivel IV (grades 9o - 12o)	Talla de camisa (tee):	
*Identidad de género:			*Raza del niño/Etnia (seleccione lo aplicable):	
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No-binario <input type="checkbox"/> Niengo afiliarme <input type="checkbox"/> Otro			<input type="checkbox"/> Nativo americano/Indio o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Asiaticó Americano <input type="checkbox"/> Negro/Afro-americano <input type="checkbox"/> Hispano/ Latino <input type="checkbox"/> Blanco/Caucasico <input type="checkbox"/> Otro	
Pronombre preferido:				
<input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> El <input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> Otro				
*¿Que es el nivel de competencia en lectura de su hijo?				
<input type="checkbox"/> Inferior al nivel de grado <input type="checkbox"/> Al nivel de grado <input type="checkbox"/> Superior 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 2024-2025:				
<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Escuela charter <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Casa escuela <input type="checkbox"/> Otra _____				
*Grado en el año escolar 2024-2025:		*¿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 o después de la escuela 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? Elija 1 (uno).				
<input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> 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) durante todo el programa?(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 Ingrese el nombre de 1 (una) persona en esta sección

* Primer nombre del adulto llenando el formulario:

* Inicial del Segundo nombre:

Apellido:

*Relación al niño(a):

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

*¿Es esta persona el tutor legal del niño(s)?

Sí No

*Identidad de género:

Femenino
 Masculino
 Non-binario
 Niego afiliarme
 Otro

*Pronombre preferido:

Ella
 El
 Ellos
 Otro

*Número del hogar:

()

*Número de móvil:

()

Número de trabajo:

()

*Correo electrónico personal:

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

Regístrese para recibir comunicaciones generales por correo electrónico del Children's Defense Fund:

Yes No

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

* Primer nombre:

*Apellido:

*Segundo nombre:

*¿Esta persona es autorizada para recoger al niño(a)?

Sí No

*Número del hogar:

()

*Número de móvil:

()

*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 móvil:

1.

2.

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. 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: _____

***Cada sección con asterisco es requerido.**

Si eligió recibir correos electrónicos de la CDF, tenga en cuenta que podemos utilizar la información que nos proporciona en este formulario para comunicarnos con usted (incluso para enviarle materiales promocionales sobre del Children's Defense Fund). Para obtener más información sobre cómo recopilamos, usamos y compartimos información, consulte la Política de privacidad en nuestro sitio web www.childrensdefense.org.