



Office Use:
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Escuela de Verano Solicitud 2019/Formulario de Emergencia

Para estudiantes actualmente en TK hasta 7^{mo} grado (entrantes de K hasta 8^{vo} Grado para el año escolar 2018-2019).

Una solicitud por estudiante. Por favor complete AMBOS LADOS y escriba claramente.

Por favor haga pagos **separados** si desea tener a su hijo/a en Cuidado extendido.

Información Estudiante/Familia

Nombre del estudiante (Primer nombre y apellido)		Sobrenombre		Cumpleaños	
Género		Grado ENTRANTE		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Su hijo/a requiere escuela de verano? Marque arriba.	
Nombre de Escuela Actual		Ciudad		Nombre del instructor anterior:	
Dirección de Casa		Ciudad / Código Postal		Teléfono de Casa	
Dirección Alternativa		Ciudad / Código Postal		Teléfono Alternativo	
Nombre del Padre/Guardián		Día/Cel./Teléfono Trabajo		CORREO ELECTRONICO	
Nombre de la Madre/Guardián		Día/Cel./Teléfono Trabajo		CORREO ELECTRONICO	
Otros/as Hermanos/as Atendiendo Escuela de Verano:					
Nombre del Estudiante		Escuela		Grado Entrante	
Nombre del Estudiante		Escuela		Grado Entrante	

Estudiantes Electivas de Preferencia para Grados 3 - 8:

Sesiones 3 y 4: Electivas son ofrecidas en las dos sesiones, agrupadas por edad. Acomodamos las primeras opciones dependiendo de la disponibilidad de espacio. **Por favor numere las electivas en ORDEN de preferencia siendo 1 su primera opción y 6 la última opción.**

Arte y Manualidades	<p>**Note que los/as estudiantes entrantes a Kindergarten – 2 grado permanecerán con sus profesores/as todo el día. Sus maestros/as del salón les instruirán en sus clases electivas no académicas.</p> <p>**Electivas se ofrecen en base a las inscripciones. Algunas electivas pueden cancelarse por baja inscripción o capacidad llena.</p> <p>**Electivas se asignan por orden de llegada.</p>
Teatro Musical	
Ciencias	
Educación Física/Actividades de Campo	
Tecnología	
Baile	

Solo para Uso de la Oficina:

Fecha de Recibido:	Firma:
Escuela de Verano Matrícula (\$475 por estudiante) Cantidad Pagada: \$ _____ Efectivo () Cheque () Otro: _____ Cheque # _____	Cuidado Extendido (\$50 Inscripción – pago separado) Cantidad Pagada: \$ _____ Efectivo () Cheque () Otro: _____ Cheque # _____ Hora(s) pre-pagada(s): _____



Saint Clement Catholic School
Where Faith and Community Bring Excellence
A WCEA Accredited School

PROGRAMA DE CUIDADO EXTENDIDO

***El Cuidado Extendido se ofrecerá antes y después de nuestro Programa de Escuela de Verano.
HORAS: L-V, 7:30-8:20AM, 1:15-5:30PM***

Su estudiante será en el programa de Cuidado Extendido durante la Escuela de Verano? Si No

- **Por favor incluya \$50 de inscripción y el pago de la(s) “Hora(s) Pre-pagada(s)” de cuidado extendido SEPARADO de la cuota de inscripción de la escuela de verano. SI SE REGISTRA DESPUES DEL 26 DE JUNIO LA TARIFA ES \$60.**
- Hora (s) Pre-pagada(s) no son reembolsables y no transferibles al año escolar regular.
- La(s) Hora(s) Pre-pagada(s) pueden comprarse en cualquier momento durante la escuela de verano.

Marque su opción de “Hora(s) Pre pagada(s)” (1 “Hora Pre-pagada” = 20 Horas):

.... 1 “Hora de Prepago” Compra = \$90

.... 2 “Horas de Prepago” Compra= \$165

.... 3 “Horas de Prepago” Compra = \$235

.... 4 “Horas de Prepago” Compra = \$295

.... 5 “Horas de Prepago” Compra = \$345

.... Tarifa Plana/Usó Ilimitado Compra = \$390 (\$4.50/hora por niño/a sin “horas pre-pagadas”



Nombre del Estudiante: _____ **Grado Entrante:** _____

Por favor indique cualquier persona autorizada por el padre/guardián para recoger al estudiante si los padres no pueden ser localizados

Nombre	Relación	Número de Teléfono Día
Nombre	Relación	Número de Teléfono Día
Nombre	Relación	Numero de Teléfono Día
Nombre	Relación	Numero de Teléfono Día

Entiendo que la escuela no asume responsabilidad en ningún caso por pagos a médicos. Sin embargo, en caso de emergencia, la escuela puede elegir a un médico. Por favor marque: Si No

Nombre del Seguro Médico	Numero de Identificación (ID)	Teléfono
Nombre del Médico	Dirección	Numero de Teléfono
Nombre del Dentista	Dirección	Numero de Teléfono

Es su hijo/a alérgico/a a alguna droga? No Si En Caso Afirmativo, qué? _____

Es su hijo/a alérgico/a a alguna comida? No Si En Caso Afirmativo, qué? _____

Es su hijo/a alérgico/a a otros (picada de abejas)? No Si En Caso Afirmativo, qué? _____

Su hijo/a tiene alguna enfermedad crónica (asma, diabetes, enfermedades de corazón, epilepsia)? En caso Afirmativo, qué? _____

Toma su hijo/a algún medicamento de forma regular? No Si
 En caso afirmativo, qué, cuándo y por qué? Indique: _____
 (Por favor llene el formulario adicional de medicamentos)



Saint Clement Catholic School
Where Faith and Community Bring Excellence
A WCEA Accredited School

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO POR EMERGENCIA

(Yo)(Nosotros), los abajo firmantes padre(s) o tutor(es) legal(es) de _____, un/a menor, autorizo(amos) a un representante de la Escuela de Verano de San Clemente como agente(s) del abajo firmante para consentir cualquier examen de rayos x, diagnóstico anestésico, médico y/o quirúrgico o tratamiento y atención hospitalaria que se considere aconsejable, por decisión, y que hay que asegurar, bajo la supervisión general o especial de cualquier médico o cirujano licenciado bajo las disposiciones de la Ley de Práctica de Medicina de California, en el personal médico o de un hospital acreditado, si tal diagnóstico o tratamiento es dado en la oficina de dicho médico o de dicho hospital.

Se entiende que esta autorización está dada por adelantado de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria específica que sea requerida, pero se da para proporcionar autoridad y poder por parte del/los agente(s) antes mencionado(s) para dar consentimiento específico para cualquier y todo tipo de diagnóstico, tratamiento o cuidado de hospital que el médico arriba mencionado en el ejercicio de su mejor juicio estime conveniente.

Esta autorización permanecerá efectiva hasta el 31 de julio de 2019 a menos que antes sea revocada por escrito y entregada al/los agente(s) anteriormente mencionado(s).

Guardián/Firma de la Madre: _____ Date: _____

Guardián/Firma del Padre: