



Programa de verano LIFT

Nombre del estudiante _____ Fecha _____

¿A qué lugar del programa LIFT asistirá su hija/o? **(Seleccione uno):**

Lincoln City Newport Toledo Waldport

Fecha de Nacimiento: _____ ¿Comenzará Kínder su hijo/a el próximo año escolar? Sí No

Nombres de los Padres/Guardianes:

Número de teléfono _____

Número de teléfono alternativo (en caso que no los podamos localizar con el que puso) _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

¿Cómo le gustaría que nos contactáramos con usted respecto a la inscripción de su hijo en el programa?
(Seleccione uno) **Correo electrónico Llamada telefónica texto correspondencia**

¿Ha asistido su hijo/a a la pre-escuela antes? _____

¿Si es sí dónde? _____

¿Por cuánto tiempo? (un año, tres meses, etc.) _____

Entiendo y estoy de acuerdo que la siguiente condición para la participación de mi hijo es:

- Entiendo que este programa se llevará acabo del 23 de julio al 16 de agosto, de lunes a jueves y estoy de acuerdo en que mi hijo/a asistirá por lo menos el 85% del horario puesto.
Iniciales _____ Fecha _____
- La participación está sujeta a las guías de comportamiento del DECL. Iniciales _____ Fecha _____
- Doy permiso para que las fotografías de mi hijo/a sean usadas para promover actividades de LIFT (opcional).
Iniciales _____ Fecha _____
- Entiendo que el Programa LIFT podría proveer bocadillos. Por favor escriba todas las restricciones de comida: _____
Iniciales _____ Fecha _____

Información de Salud/ Permiso para Proveer Cuidado de Emergencia

Nombre del Doctor: _____

Número de teléfono: _____

Alergias a la Comida..... Sí No

¿Está Autorizado el Cuidado de Emergencia? Sí No

¿Puede la Escuela contactar al doctor encase de emergencia? Sí No

¿Puede la Escuela liberar al estudiante a la persona de contacto de emergencia? Sí No

¿Puede la Escuela transportar al estudiante en caso de una emergencia?Sí No

Por favor marque si tiene su hijo/a cualquiera de lo siguiente Alergias Graves Asma Enfermedad del Corazón Diabetes Trastorno de Convulsiones Otro

O problemas continuos:

Por favor explique:

Si existen problemas de salud graves, por favor explique los cuidados que su hijo/a podría necesitar mientras esta en el programa (de 9:00-12:00, de lunes a jueves).

Firma del padre/Guardián

Fecha

Por favor díganos sobre su hijo/a: Esta información nos ayudará a determinar la mejor manera de apoyar el éxito de su hijo/a en el programa, las respuestas no se usarán para determinar la colocación del estudiante en el programa.

Por favor marque la casilla que mejor describa el comportamiento de su hijo/a.	La mayor parte del tiempo	A veces	Rara vez /nunca
¿Puede su hijo/a calmarse después de periodos de actividades emocionantes?			
¿Hace su hijo/a lo que usted le pide que haga?			
¿Puede su hijo/a estar en una actividad que disfruta por lo menos 10 minutos (eso no incluye ver la TV)?			
¿Puede su hijo/a cambiar de actividad sin dificultad, como de jugar a la hora de comer?			
¿Siguen su hijo/a las reglas (en casa, en la guardería, en un grupo)?			

Algo más que debemos saber sobre su hijo/a o familia:

Persona de Contacto de Emergencia u otras personas designadas para recoger a mi hijo/os:

Nombre			
Relación con el niño/a			
Teléfono de Casa		Teléfono del Trabajo	

Nombre			
Relación con el niño/a			
Teléfono de Casa		Teléfono del Trabajo	

¿Necesitará su hijo/a transporte de autobús para ir al programa HELP y para irse a casa? Si no

Si va a necesitar transporte, complete el formulario de Transporte T-4 adjunto. El transporte de autobús no se puede proveer sin un formulario T-4 completo y firmado.

Preguntas Demográficas

Por favor revise cualquier comunidad Recursos que usted usa: WIC Head Start EI/ECSE OHP SNAP Otro

¿Ha estado viviendo temporalmente o inadecuadamente en los últimos 12 meses (incluyendo vivir con otras personas debido a dificultades económicas, motel, refugio, campamento, automóvil, remolque o viviendas precarias)? Si no

La Raza / Etnicidad de su Hijo: _____ Su Raza / Etnicidad

Las Aplicaciones se vencen el viernes, 1ro de junio

- Usted puede entregar la aplicación completa en cualquiera de los siguientes lugares:
 - Escuela Elemental Oceanlake
 - Escuela Primaria Yaquina View
 - Escuela Elemental de Toledo
 - Escuela Elemental Crestview Heights
 - A la Oficina del Distrito Escolar del Condado Lincoln- 459 SW Coast Hwy, Newport
- Usted también puede escanear su aplicación a lauren.sigman@lincoln.k12.or.us

Debido a las altas cantidades de matrículas, no podemos garantizar que sus hijos/as se inscriban en el programa, un miembro del personal se comunicará con usted antes del 15 de junio para informarle sobre el estado de inscripción de su hijo/a y compartirá otra información importante sobre el programa.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con: Lauren Sigman al 541-270-2456, lauren.sigman@lincoln.k12.or.us