



NEW YORK EDGE
Formulario de inscripción de
participantes 2018-2019

Información del participante

| | | |
|---|--|---|
| Nombre: | Apellido: | N.º de identificación estudiantil: |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Fecha de nacimiento (mes/día/año): | |
| Dirección de la casa: | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Número de teléfono: | Correo electrónico: | |
| Escuela a la que asiste: | Grado (a partir de septiembre de 2018): | |

Contactos de emergencia

Idioma principal que se habla en casa:

Padre/Madre/Tutor (1)

| | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| Nombre: | Apellido: |
| Número de teléfono de la casa: | Número de celular: |
| Correo electrónico: | Relación: |

Padre/Madre/Tutor (2)

| | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| Nombre: | Apellido: |
| Número de teléfono de la casa: | Número de celular: |
| Correo electrónico: | Relación: |

Permiso de retiro

| | |
|---|--|
| Mi hijo(a) puede caminar solo a casa a la salida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Firma del padre/madre o tutor a continuación: |
| Las siguientes personas pueden retirar a mi hijo(a): | |
| Nombre: | Apellido: |
| Teléfono: | Relación: |
| Nombre: | Apellido: |
| Teléfono: | Relación: |
| Las siguientes personas <u>NO</u> pueden retirar a mi hijo(a): | |
| Nombre: | Apellido: |
| Teléfono: | Relación: |

Información de salud

| | | |
|---|---|--|
| ¿Su hijo(a) tiene alergias? Por ejemplo: alimentos, medicamentos u otros. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Explique: |
| ¿Su hijo(a) tiene necesidades especiales de atención médica que requieren tratamiento o medicamentos? Por ejemplo: asma, ataques, diabetes, condiciones físicas, del desarrollo, del comportamiento o emocionales crónicas. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Explique: |
| ¿Su hijo(a) toma medicamentos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Explique: |
| ¿Hay alguna actividad en la que su hijo(a) no pueda participar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Explique: |
| ¿Tiene seguro de salud? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | *En caso afirmativo, proporcione la siguiente información |
| Médico participante: | Número de teléfono del médico: | Dirección del médico: |
| Compañía de seguros médicos: | Última vacuna antitetánica: | Número de identificación del titular de la póliza: |

Información demográfica

| | | |
|--|---|---|
| Raza del participante: <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro: Etnia del participante: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino | El idioma principal del participante es: <hr style="width: 50%; margin: 10px auto;"/> ¿Qué tan bien habla inglés el participante? <input type="checkbox"/> Fluido/Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No muy bien No muy bien en absoluto | Ingreso bruto del padre/madre/tutor: <input type="checkbox"/> \$20,000 o menos <input type="checkbox"/> \$20,000 a \$40,000 <input type="checkbox"/> \$40,000 a \$60,000 <input type="checkbox"/> \$80,000 a \$100,000 <input type="checkbox"/> \$100,00 o más <input type="checkbox"/> Se niega a contestar |
| Tipo de hogar del padre/madre/tutor <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Sin hogar | Tamaño de la familia del padre/madre/tutor <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Seis <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Siete <input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> Ocho <input type="checkbox"/> Cuatro <input type="checkbox"/> Nueve <input type="checkbox"/> Cinco <input type="checkbox"/> Diez | Padre/Madre/Tutor; Tipo de jefe de hogar: <input type="checkbox"/> Madre soltera <input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> Hogar de dos padres <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se niega a contestar |



ExpandedEDSchools
Close the learning gap. Open the world.



Participación de los padres

Nombre de padre/madre:

Apellido de padre/madre:

Número de teléfono:

Número de teléfono del trabajo:

Número de teléfono celular:

Correo electrónico:

Yo autorizo a New York Edge a enviar correo electrónico que contiene alertas especiales, avisos e información estudiantil. Podrá discontinuar estos correos electrónicos en cualquier momento.

Yo autorizo a New York Edge a enviar mensajes de textos que contienen alertas especiales, avisos e información estudiantil a mi teléfono celular. Podrá discontinuar estos mensajes en cualquier momento. Cargos de mensajes de texto podrían ser aplicados según detallado por su plan celular.

¿A qué se dedica?

Cuál es la afiliación de su empresa (opcional):

Me gustaría apoyar los programas de New York Edge de la siguiente manera (marque las áreas de interés):

Hacerse voluntario:

- Otoño (septiembre a diciembre)
- Invierno (enero a marzo)
- Primavera (abril a junio)
- Verano (julio a agosto)

- Involucrar a mi empresa
- Abogar por los programas después del horario escolar
- Seguir las redes sociales de New York Edge
- Enviar donaciones a New York Edge (en especie o monetarias)
- Otro:

Declaración de certificación

Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y correcta. Entiendo que mis declaraciones están sujetas a verificación. Estoy de acuerdo y acepto que cumpliré todas las reglas y regulaciones aplicables de este programa. Doy mi consentimiento para la inscripción y participación del niño mencionado anteriormente en este programa.

Nombre del padre/madre/tutor en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____



Exoneración de responsabilidad

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD: Reconozco que las actividades que llevarán a cabo los participantes durante los programas de New York Edge pueden provocar lesiones personales y/o daños a la propiedad. Por medio de la presente exonero y mantengo indemne a New York Edge de cualquier y todo reclamo que yo o mi hijo(a) podamos realizar a raíz de, o en conexión con, la participación en el programa. Dicha exoneración incluye, pero no se limita a, cualquier reclamo, demanda o causa de acción por lesiones a mi hijo(a), excepto cuando se deba a la negligencia de New York Edge. Esta renuncia está firmada con el propósito de liberar, descargar e indemnizar plenamente al programa de toda responsabilidad según se describe en este documento.

- Yo, el abajo firmante, he leído la información anterior y doy permiso para que mi hijo(a) participe en el programa después de la escuela del New York Edge Champions Club.

Nombre del padre/madre/tutor en letra de imprenta: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____



Contrato de comportamiento

Se requiere que todas las familias firmen el siguiente contrato con respecto a las expectativas del Champions Club. Estas reglas y regulaciones se reflejan después de las reglas establecidas por el Canciller del Departamento de Educación. REVISE ESTAS EXPECTATIVAS CON SU HIJO(A).

1. Todos los participantes deben asistir al programa regularmente y no pueden faltar al programa sin consentimiento previo.
2. Los participantes deben llegar al lugar de llegada designado inmediatamente después de la clase.
3. Los participantes no pueden abandonar el programa o el edificio. **Todo participante que salga del edificio sin permiso será expulsado inmediatamente del programa.**
4. Los participantes no pueden abandonar ninguna actividad o sesión académica sin ser acompañados por un miembro del personal (escuela primaria y secundaria). Los estudiantes de la escuela secundaria deben tener un permiso por escrito (pase) para poder retirarse de una sesión.
5. Los participantes deben ser respetuosos y responsables. Deben comportarse de manera apropiada y no actuar de manera perturbadora en los pasillos o durante las actividades.
6. Los participantes no deben traer videojuegos, iPods, teléfonos celulares o cualquier dispositivo electrónico al Champions Club.
7. Está prohibido el uso de lenguaje o gestos profanos u obscenos.
8. Está prohibido mentir o dar información falsa verbalmente o por escrito al personal del Champions Club.
9. Está prohibido el uso de insultos raciales, étnicos, de género, de orientación sexual, religiosos o de origen nacional.
10. Están prohibidos los actos de intimidación, coacción, extorsión o acoso sexual.
11. Está prohibida la lucha. **Está prohibida la fuerza física contra otros participantes o personal y resultará en la expulsión inmediata.**
12. La propiedad de la escuela y del Champions Club, incluidos paredes, libros y otro equipo, debe ser tratada con respeto y no estropearse.
13. Está prohibido robar.
14. Están prohibidos el tabaco, el alcohol, cualquier otra droga o armas. **Todo participante que traiga un arma a la propiedad de la escuela será expulsado inmediatamente del programa.**
15. Está prohibido activar falsamente una alarma de incendio u otra alarma de desastre. **Todo participante que active falsamente una alarma de incendio u otra alarma de desastre será expulsado del programa.**

Todo participante que no cumpla con el Contrato de Comportamiento mencionado anteriormente está sujeto a ser expulsado del programa según el criterio de New York Edge. New York Edge mantiene la autoridad única para disciplinar a los participantes conforme al Contrato de Comportamiento.

Nombre del estudiante: _____

Grado: _____

Firma del estudiante: _____

Fecha: _____

Nombre del padre/madre: _____

Fecha: _____

Firma del padre/madre: _____



FOTO/VIDEO/ENTREVISTA CONSENTIMIENTO

(A ser completado por el padre/madre o tutor)

Certifico que soy el padre/la madre o tutor legal de _____, cuya fecha
Nombre del niño
de nacimiento es _____.
mes/día/año

Entiendo que New York Edge lleva a cabo eventos dentro y fuera de la escuela. Representantes de los medios de comunicación, reporteros de periódicos y televisión, fotógrafos y personal de relaciones públicas pueden estar presentes en estos eventos especiales para grabarlos. En algunos casos pueden entrevistar y/o fotografiar a los niños que participan en estos eventos, incluido mi hijo(a).

Soy consciente de que a mi hijo(a) se le puede hacer una variedad de preguntas relacionadas con New York Edge y las actividades y programas de New York Edge, y que el contenido de la entrevista puede ser publicado o transmitido públicamente. Entiendo que mi hijo(a) estará bajo la supervisión del personal de New York Edge durante la entrevista o sesión de fotos. Sin embargo, puede que no haya supervisión del personal de New York Edge si las fotografías o grabaciones de video o voz son parte de una escena de fondo general en la cual entiendo que mi hijo(a) no está identificado.

Entiendo que mi hijo(a) se reserva el derecho de negarse a contestar cualquier pregunta o participar en cualquier discusión que lo haga sentir incómodo o avergonzado y que mi hijo(a) y/o el personal supervisor de New York Edge pueden terminar la entrevista o la sesión de fotos y video en cualquier momento y por cualquier razón.

Autorizo a que mi hijo(a) sea fotografiado o grabado de otra manera durante los eventos y actividades de New York Edge, y para que todas y cada una de estas fotografías y/o grabaciones sean mostradas por el New York Edge Champions Club, en cualquier medio (libros, boletines, sitios web, etc.), ya sea ahora o en el futuro conocido o desarrollado, por el cual ni mi hijo(a) ni yo recibiremos compensación monetaria o derechos de propiedad.

SÍ, autorizo a que mi hijo(a) sea fotografiado o grabado de otra manera durante eventos y actividades después de la escuela.

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR

FECHA

NO, no doy permiso para que mi hijo(a) sea fotografiado o grabado durante eventos y actividades después de la escuela. Como resultado, es posible que mi hijo(a) no pueda participar en estos eventos y actividades.

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR

FECHA



Consentimiento del padre/madre para participar en la evaluación del programa después de clases

Estimado/a Padre/Madre/Tutor:

Su hijo(a), _____, está inscrito(a) en el programa después del horario escolar en _____ . Con el fin de supervisar la efectividad del programa después del horario escolar y asegurar su éxito futuro, New York Edge está llevando a cabo evaluaciones continuas. La intención de las evaluaciones es aprender cómo estos servicios ayudan a los estudiantes y cómo pueden mejorarse para cumplir con los requisitos de financiación.

Específicamente, pedimos permiso de padre/madre para:

- Comunicarnos con la escuela de sus hijos y obtener registros que muestren su progreso, incluidos boletín de calificaciones, puntajes de exámenes en toda la ciudad y el estado, asistencia, elección de escuela y cualquier otro informe relacionado con el progreso académico.
- Hablar con los maestros y el personal de la escuela sobre el progreso y la participación de los niños en el programa después de la escuela, y revisar los registros del programa sobre la participación en el programa después de la escuela.
- Encuestar y/o entrevistar a padre/madre y a los niños sobre el programa después de la escuela y sus efectos. A lo largo del año, se realizarán hasta cuatro encuestas. Cada uno tomará aproximadamente 15 minutos. También se pueden realizar discusiones en grupo, que pueden durar hasta 30 minutos.

Toda información que recolectemos será utilizada solamente para evaluar el programa después de la escuela y no se hará pública. La participación en la evaluación es completamente voluntaria, y el Participante puede retirarse en cualquier momento sin consecuencias. La información personal no será utilizada para ningún propósito después de que se complete la evaluación.

Seleccione **UNA** de las siguientes opciones y devuelva este formulario al coordinador/director del programa.

- SI, DOY PERMISO PARA QUE MI HIJO(A) PARTICIPE. He leído la información anterior y doy permiso para que mi hijo(a) participe en la evaluación del programa después de la escuela. También doy mi consentimiento para que las organizaciones mencionadas obtengan los expedientes de mi hijo(a) y para que entrevisten al personal del programa y de la escuela con fines de evaluación y apoyo.

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR

FECHA

- NO, NO QUIERO QUE MI HIJO(A) PARTICIPE. He leído la información anterior y no doy permiso para que mi hijo(a) participe en la evaluación del programa después de la escuela.

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR

FECHA



Formulario de consentimiento para la divulgación de datos del padre/madre/tutor

I. Información que se está solicitando.

New York Edge está solicitando su permiso para recopilar datos de rendimiento académico e inscripción de su hijo(a). Esta información se utilizará con el propósito de establecer los resultados del programa y puede utilizarse en un formato combinado, no individualizado, para ayudar a abogar por la continuidad del financiamiento.

II. ¿Qué información de los registros estudiantiles de su hijo(a) está solicitando New York Edge?

Estamos solicitando su permiso para permitir/autorizar a New York Edge a obtener información personal identificable de los registros estudiantiles de su hijo(a) del **Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (DOE)**. Simultáneamente, usted autoriza al DOE a divulgar información personal identificable de los registros estudiantiles de su hijo(a) a New York Edge. La información que nos gustaría recopilar consiste en información biográfica y de inscripción (específicamente el nombre de su hijo(a), dirección, fecha de nacimiento, número de identificación del estudiante, grado, escuela(s) asistida(s) y datos de transferencia, de alta y de graduación de su hijo(a); datos relacionados con la asistencia de su hijo(a) a la escuela (incluido el número de días de asistencia y ausencias); y datos de rendimiento académico (incluidos los resultados de los exámenes estatales y nacionales, los créditos obtenidos, las calificaciones, el estado de promoción y retención y la calificación de aptitud física); y datos relacionados con cualquier acción disciplinaria tomada en contra de su hijo(a) (incluido el número y tipo de suspensiones). Estamos solicitando recopilar la información mencionada anteriormente acerca de su hijo(a) en el pasado, presente y futuro (es decir, en curso).

III. ¿Cómo se mantendrán confidenciales los datos de su hijo(a)?

Las únicas personas autorizadas para ver la información de su hijo(a) son el Departamento de Datos de New York Edge y el personal del DOE que administra los sistemas de datos y prepara informes de investigación y análisis de programas. Un número limitado del personal de New York Edge identificado para recibir información personal es investigado, y se le proporciona capacitación extensiva para seguir pautas estrictas en la protección de la confidencialidad de la información que le identificaría personalmente a usted o a su hijo(a). La información de identificación personal recopilada de los registros de los estudiantes solo se compartirá electrónicamente entre el DOE y New York Edge y se asegurará y protegerá en la base de datos de New York Edge. No usaremos su nombre ni el nombre de su hijo(a) en ningún informe publicado. Aunque solicitamos su consentimiento, sus respuestas a las siguientes solicitudes no afectarán la participación de su hijo(a) en nuestros programas.

Marque Sí o No a la siguiente declaración:

- Entiendo por qué New York Edge me está pidiendo permiso para acceder a la información enumerada anteriormente de los registros estudiantiles de mi hijo(a), y doy permiso al DOE para compartir esa información con New York Edge de manera continua.

___ **Sí, autorizo a New York Edge y al DOE para que compartan la información de mi hijo(a) y los registros de los estudiantes.**

___ No, no autorizo a New York Edge y al DOE para que compartan la información de mi hijo(a) y los registros de los estudiantes

Nombre del estudiante/solicitante: _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor: *(Escriba en letra de imprenta)* _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre adicional del Padre/Madre/Tutor: *(opcional)* _____

Firma adicional del Padre/Madre/Tutor: *(opcional)* _____



FORMULARIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

(A ser completado por el padre/madre o tutor)

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Autorizo a New York Edge (“Programa”) para, si es necesario, proporcionar primeros auxilios básicos de acuerdo a su nivel de capacitación. La evaluación de lesiones y la intervención incluirán el uso de antibióticos tópicos para la piel, según corresponda.
2. Si mi hijo(a) requiere atención médica de emergencia según lo determinado por un empleado del Programa debidamente capacitado, doy mi consentimiento al Programa mencionado para obtener la atención médica necesaria para mi hijo(a). Estoy de acuerdo en pagar todos los costos asociados con la atención médica de emergencia que reciba mi hijo(a).
3. Por la presente, libero al Programa de cualquier y todo reclamo que yo o mi hijo(a) podamos tener en contra de New York Edge que surja o esté relacionado con el suministro de Primeros Auxilios como se describe en este documento, excepto cuando se deba a la negligencia del personal de New York Edge. Este acuerdo está firmado con el propósito de liberar, descargar e indemnizar plenamente al programa de toda responsabilidad según se describe en este documento.
4. Después de recibir atención médica de emergencia, mi hijo(a) puede ser dado de alta a las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación con el(la) niño(a): _____ Edad: _____
Dirección: _____ Empleador: _____
Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre: _____ Relación con el(la) niño(a): _____ Edad: _____
Dirección: _____ Empleador: _____
Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre: _____ Relación con el(la) niño(a): _____ Edad: _____
Dirección: _____ Empleador: _____
Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

5. Información de salud:

Alergias: _____ Preferencia religiosa: (opcional) _____
Última antitetánica: _____ Medicamentos que está tomando: _____

Médico del estudiante
(Nombre y teléfono) _____

Antecedentes médicos u otros hechos pertinentes que deban tenerse en cuenta:

6. Entiendo que este consentimiento estará en efecto a partir de la fecha en que firme este formulario y continuará mientras mi hijo(a) esté inscrito en el Programa.

Firma del Padre/Madre/Tutor

Fecha