

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES DE Summer Scholars

El programa *Summer Scholars* ha operado desde 2017 en asociación con la Oficina de la Junta Local de Niños, el Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Howard y el Centro de Jóvenes Líderes del Mañana (*Leaders of Tomorrow Youth Center*). El programa es **GRATIS** y sirve a jóvenes de escuela intermedia (middle school) enfocados en el enriquecimiento académico en matemáticas y el aprendizaje social y emocional.

Este verano, el programa estará ubicado en la escuela intermedia Oakland Mills Middle School. El programa se llevará a cabo del 5 al 29 de julio, de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 4:00 p. m. **El martes 19 de julio** el programa estará **cerrado** debido al día de las elecciones primarias. Los estudiantes recibirán desayuno, almuerzo y un refrigerio por la tarde. Se proporcionará transporte a aquellos que lo necesiten y no vivan a corta distancia de la escuela. Una sesión de preguntas y respuestas para padres se llevará a cabo virtualmente el **miércoles 4 de mayo a las 7:00 pm a través de Zoom en: <https://us02web.zoom.us/j/88050984622>** **La fecha límite de inscripción es el viernes 13 de mayo.**

Los formularios pueden entregarse al director de su escuela o enviarlos por correo electrónico a [summer@ltyc.net](mailto:summer@ltyc.net)

### Información general: (Letra imprenta por favor)

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Celular del estudiante: \_\_\_\_\_

Grado otoño 2022: \_\_\_\_ Escuela a la que asiste: \_\_\_\_\_ Dirección correo electrónico: \_\_\_\_\_

Talla de camiseta (encierre en un círculo): S M L XL XXL

Necesito transporte para que mi hijo asista a este programa: Encierre en un círculo: **Sí o No**

### Elegibilidad para el programa: Su hijo califica para este programa si cumple con los siguientes criterios:

Encierre en un círculo cualquiera de los siguientes programas para los que usted es elegible:

**FARMS** (comidas gratuitas o reducidas)

**SNAP** (Programa de Nutrición Suplementaria)

**WIC** (Programa Mujeres, Bebés y Niños)

Indique **SÍ** o **NO** para lo siguiente:

¿Está su hijo en el nivel de su grado para Matemáticas? **Sí** \_\_\_\_ **No** \_\_\_\_

¿En promedio, tiene su hijo una **C** en matemáticas? **Sí** \_\_\_\_ **No** \_\_\_\_

¿Su hijo está calificando en el percentil **40-60** en matemáticas? **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_

Encierre en un círculo todas las actividades de enriquecimiento que su hijo estaría interesado en participar:

Danza Teatro Música Artes visuales Artes marciales Artes culinarias Escritura creativa/Palabra hablada  
Fotografía/Video Moda/Cosmetología

**Información del padre/madre o tutor:** (en letra de imprenta)

Nombre del padre/madre: \_\_\_\_\_

Dirección si es diferente de la del niño: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Mi hijo está autorizado a caminar del programa a la casa: Encierre en un círculo: **Sí o No**

**Persona (que no es uno de los padres) autorizada para dejar / recoger al participante:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Hay algún problema de custodia que debemos conocer?  No  Sí (en caso afirmativo, adjunte una copia de la orden judicial )

**Persona(s) a quienes contactar en caso de emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Problemas de salud y adaptaciones especiales:**

¿Existe algún problema de salud que nuestro personal deba conocer? (asma, alergias, hipoglucemia, convulsiones, etc.)  
 No  Sí (en caso afirmativo, especifique)

¿Qué síntomas presentaría su hijo? \_\_\_\_\_

Acciones que debe tomar el personal en ese caso: \_\_\_\_\_

Indique cualquiera de los siguientes problemas de salud o discapacidad: (marque todos los que correspondan)

Sordera /problemas de audición

Problemas de visión

Convulsiones

Utiliza ayudas para la movilidad (es decir, silla de ruedas, aparatos ortopédicos, etc.)

Discapacidad del desarrollo (por ej., autismo, intelectual, etc.)

Otro (por ej., trastorno conductual / emocional, etc.): \_\_\_\_\_

**Medicinas:**

¿El participante está tomando algún medicamento?  No  Sí

¿El participante deberá tomar medicamentos durante el horario del programa?  No  Sí

**Entiendo:**

1. Que al registrarme en este programa, doy permiso a LTYC y DCR para tener acceso al nombre de mi hijo, información de contacto y datos como calificaciones, asistencia y evaluaciones.
2. Que no enviaré a mi hijo al programa si no se siente bien bajo ninguna circunstancia.
3. Que notificaré al programa de inmediato y no enviaré a mi hijo al programa si alguien en nuestro hogar ha dado positivo por COVID-19 o sabe que ha estado en contacto con alguien que ha dado positivo a menos que ellos mismos hayan recibido un resultado de prueba de COVID-19 negativo.
4. Que hay peligros inherentes en cualquier actividad recreativa, programa o campamento.
5. Que debo estar al tanto de los peligros asociados con cada actividad, como el uso de equipos, resbalones y caídas, el nivel personal de aptitud física, entrenamiento y diversas lesiones deportivas.
6. Que debo leer y entender todo el material escrito que ha sido proporcionado por el Departamento de Recursos y Servicios de la Comunidad del Condado de Howard y / o sus proveedores de servicios.
7. Las reglas y regulaciones para cada actividad, como se explica en cualquier material escrito o como las explica el personal.
8. Que las posibles consecuencias de participar en estas actividades incluyen la posibilidad de lesiones graves.

**Mi hijo está de acuerdo:**

1. A asistir al menos al 90% de los días de programación.
2. A obedecer las reglas y regulaciones para cada actividad y seguir las instrucciones del personal.
3. A informar a un miembro del personal de cualquier situación peligrosa o potencialmente peligrosa que pueda observar.
4. Que si no entiendo cómo se realiza una actividad o cómo se va a usar un equipo, le preguntaré a un miembro del personal antes de comenzar esa actividad.
5. A informar a un miembro del personal si tengo algún problema para cumplir con los requisitos físicos necesarios para participar en alguna actividad.

Soy consciente de que, al participar en una actividad o programa organizado por el Departamento de Recursos y Servicios Comunitarios del Condado de Howard, pueden existir ciertos riesgos y peligros, incluidos, entre otros, los relacionados generalmente con ciertas actividades, riesgo de accidentes, de enfermedades, y de los causados por fuerzas de la naturaleza.

Estoy de acuerdo en eximir de toda responsabilidad al Condado de Howard y / o a sus proveedores de servicios en cuanto a cualquier reclamo, demanda, daños, responsabilidades y gastos, incluidos los honorarios de abogados y los costos de defensa del Condado, en relación con la pérdida de vida, lesiones personales o corporales y/o daños o pérdidas de propiedad que surjan de la participación de \_\_\_\_\_ (Nombre del participante) en el **programa de Scholars del Condado de Howard** excepto en la medida en que dicha pérdida o daño sea ocasionado por acciones u omisión negligente del condado, sus funcionarios, agentes o empleados y no por negligencia por parte del Participante.

En **EMERGENCIAS** que requieran atención médica inmediata, su hijo será trasladado a la **SALA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MÁS CERCANO**. Su firma autoriza a la persona responsable del programa a que usted o su hijo sean transportados a ese hospital.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Doy mi consentimiento para que el Condado de Howard y / o sus proveedores de servicios tomen fotografías, películas, uso de Internet y videos de mi hijo. También otorgo el derecho de editar, usar y reutilizar dichos productos para todos los servicios educativos o públicos. Cedo todos los derechos, títulos e intereses que nosotros o el niño podemos tener sobre dichos productos.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Doy mi consentimiento para que se recopilen y compartan datos e información con respecto a mi hijo entre el Departamento de Recursos y Servicios Comunitarios del Condado de Howard y el Centro Juvenil Líderes para el Mañana, ya sea por escrito u oralmente. Entiendo que toda la información se considerará confidencial y se utilizará para los fines de la participación de mi hijo en este programa y para medir la calidad y eficacia del programa en general.

Firma Padre/Madre o Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_