

2019-2020 After Hours Activities (AHA) Registración

AHA es un programa GRATIS de antes y después de escuela que ofrece actividades de tutoría académica, enriquecimiento y recreación a todos los estudiantes durante el año escolar. Al completar este formulario, su estudiante puede participar en cualquier actividad proporcionada por AHA.

Información del estudiante *(Toda la información es requerida)*

Apellido, Nombre		# de identificación del estudiante	Grado
Fecha de Nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Idioma principal hablado en el hogar <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro:
Dirección		Ciudad	Código Postal

Raza y Origen Étnico *(Seleccione todas las opciones aplicables)*

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Latina/Latino | <input type="checkbox"/> Multirracial (más de una raza/origen étnico) |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Otro : _____ |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Blanco | |

¿Tiene el estudiante alguna condición médica y/o alguna alergia?

- Sí No *Si la respuesta es Sí, por favor explique : _____*

Información del padre/guardián

Padre/Guardián 1		Padre/Guardián 2	
Apellido	Nombre	Apellido	Nombre
Correo electrónico		Correo electrónico	
Teléfono del hogar	Teléfono celular	Teléfono del hogar	Teléfono celular

Contactos de emergencia *(deben tener por lo menos 18 años)*

#1 Apellido, Nombre	Relación al estudiante	Teléfono	Dirección
#2 Apellido, Nombre	Relación al estudiante	Teléfono	Dirección

Autorización

Consentimiento para participar en los servicios

- Datos de participación:** Autorizo la recopilación de datos sobre la participación de mi hijo(a) en los programas de GHC-AHA. Los datos pueden incluir, pero no están limitados a datos sobre asistencia, GPA, resultados de exámenes, satisfacción de los servicios y calidad de los programas ofrecidos. Los datos podrán ser compartidos con agencias de colaboración.
- Atención Médica:** Yo autorizo que mi hijo(a) reciba atención médica en caso de emergencia. Yo entiendo que GHC-AHA no es responsable por cualquier costo que se pueda incurrir por el tratamiento médico recibido. Yo entiendo que AHA no es responsable por cualquier tratamiento médico o transportación que mi hijo(a) reciba.

COMPRENDO QUE AL FIRMAR ESTE FORMULARIO INSCRIBO A MI HIJO(A) EN PROGRAMAS OFRECIDOS POR AHA Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE PARTICIPE.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____