



Address: 1990 Market St. Concord, CA 94520
Mailing address: P. O. Box 23973. Pleasant Hill, CA 94523
Phone: 925.825.7751 | fax: 925.825.8732

Office Use Only
Date Completed: _____
Received By: _____

After School Café: Otoño 2017
APLICACIÓN ESTUDIANTIL
FECHA LÍMITE: 1 de septiembre del 2017

Para los niños de grados K-5

Nombre de niño(a) _____
Apellido Primer Nombre M.I.

Domicilio _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad ____ Grado ____ Escuela _____

Alergias: Tiene su hijo(a) alergias? Si ____ No ____ EpiPen? _____ Incluya detalles en la sección médica.

Restricciones de la dieta (e.g. kosher, vegetariano, no come puerco, etc.): _____

¿El inglés es el segundo idioma del estudiante? Sí _____ No _____

¿Si su respuesta es sí, cual es el primer idioma del estudiante? _____

¿En qué materia le gustaría que su hijo/a se enfoque? ¿Qué ayuda adicional académica le gustaría recibir?

¿Cuál es la mejor manera en que su hijo/a aprende materia? ¿Tiene alguna sugerencia para el tutor de su

hijo/a? _____

¿Cuales servicios esta recibiendo en la escuela?

Ninguno _____ IEP _____ 504 _____ Title 1 _____ Educación Especial _____

¿Habrá días donde su hijo faltará a tutoría por otras actividades académicas/extracurricular? Favor de

explicar. _____



Address: 1990 Market St. Concord, CA 94520
Mailing address: P. O. Box 23973. Pleasant Hill, CA 94523
Phone: 925.825.7751 | fax: 925.825.8732

Acceso al sitio de Aeries *Estamos pidiendo acceso al portal electrónico de Aeries, el que usan las escuelas para poner notas de materias, para checar las notas de su hijo/a y al igual dar apoyo adicional académico que se podrá necesitar.*

Nombre de usuario: _____ **Contraseña:** _____

Información de Contacto para los Padres o Custodios

Numero de cliente de MCC: _____ **Idioma de preferencia para los padres:** _____

Nombre _____ Relación _____

Dirección de Casa _____

Teléfono # 1. (h / c / t) _____ #2.(h / c / t) _____

Nombre _____ Relación _____

Dirección de Casa _____

Teléfono # 1. (h / c / t) _____ #2.(h / c / t) _____

En caso de emergencia, siempre trataremos de llamar primero a los padres. Sin embargo, es un requisito que tengamos otro contacto para emergencia ADEMAS de un padre o custodio. Este puede ser una persona que tiene su autoridad de recoger a su hijo(a) de nuestro Centro. Anote los nombres y números que aplican.

Nombre _____ Relación _____

Teléfono _____/_____/_____/_____

Nombre _____ Relación _____

Teléfono _____/_____/_____/_____

No se permitirá que su hijo(a) salga con alguien que no este incluido en la lista. Las personas incluidas en la lista tienen que presentar identificación en el momento de recoger. Avise a los empleados de Monument Crisis Center si hay alguien que NUNCA tiene el permiso de recoger a su hijo(a).



Address: 1990 Market St. Concord, CA 94520
Mailing address: P. O. Box 23973. Pleasant Hill, CA 94523
Phone: 925.825.7751 | fax: 925.825.8732

Información médica y seguro:

Nombre de seguro: _____ Numero de ID _____

Proveedor médico _____ Teléfono _____

¿Necesitará algún medicamento su hijo(a) mientras este en el programa? Si (favor de anotar) No

Alergias – Tiene su hijo(a) una alergia a la comida, un medicamento, un insecto, etc.? Si No

En caso afirmativo, favor de indicar cuales: _____

Condiciones de salud – Ha sido diagnosticado su hijo(a), actualmente o en el pasado, con uno de los siguientes condiciones de salud (marque todos los que aplican):

- | | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Asma | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Epilepsia/Trastorno de Convulsiones | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Migrañas frecuentes | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Trastorno por déficit de atención e hiperactividad | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas de visión/audición | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Infecciones Crónicas del oído | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

En caso afirmativo, favor de explicar: _____

¿Su hijo tiene una diagnosis que le afecta su aprendizaje? (ex. TDAH, dislexia, autismo, etc.) _____

Hay otra condición que no se encuentra en la lista: _____

Favor de incluir cualquier otra cosa que nos asistirá en mejor ayudar su hijo(a) durante el programa.

Nombre Completo de Padre/Custodio (molde) _____ Firma _____ Fecha _____



Address: 1990 Market St. Concord, CA 94520
Mailing address: P. O. Box 23973. Pleasant Hill, CA 94523
Phone: 925.825.7751 | fax: 925.825.8732

Permiso para uso de fotografía

- Yo le presento permiso a Monument Crisis Center el derecho de tomar fotografías y video de mi hijo(a) mientras que estén en el Centro. Yo autorizo al Monument Crisis Center, y todos los relacionados con el Centro y los cesionarios, el derecho de autor, utilizar y publicar la misma en forma impresa y/o electrónicamente. Estoy de acuerdo en que el Monument Crisis Center pueden utilizar dichas fotografías con o sin mi nombre y con cualquier objeto licito, incluyendo, por ejemplo, con fines tales como la publicidad, la ilustración, el contenido de la publicidad, y el internet.
- Yo no concede a Monument Crisis Center el derecho de tomar fotografías y videos de mi hijo(a) mientras este en el Centro.

Restricciones: _____

Nombre Completo de Padre/Custodio (molde) Firma Fecha

Mi firma autoriza lo siguiente:

Renuncia de Emergencia

Si por cualquier razón los empleados de Monument Crisis Center, sienten que el niño(a) mencionado en esta solicitud requiere asistencia inmediata y tratamiento como resultado de una herida o enfermedad, consto el permiso a los de Monument Crisis Center conceder un tratamiento apropiado para mi hijo(a). Doy mi consentimiento de que cualquier rayos X, examen, anestésico, tratamiento o diagnosis médica, quirúrgica o dental, y cuidado del hospital se consideran necesarios en su mejor sentido del médico, cirujano o dentista que lo atiende y que se efectúa bajo la supervisión de los empleados médicos del hospital o facilidad proveyendo servicios medicales o dentales. Se entiende que con mi firma acepto responsabilidad completa por cualquier hecho, incluso el costo de los servicios. Consto que estoy de acuerdo de resarcir de un daño y no culpar a Monument Crisis Center (incluso sus oficiales, directores, miembros y/o voluntarios) de cualquier reclamación por cualquier persona a cuenta del cuidado y tratamiento de dicho niño(a).

Nombre Completo de Padre/Custodio (molde) Firma Fecha



Address: 1990 Market St. Concord, CA 94520
Mailing address: P. O. Box 23973. Pleasant Hill, CA 94523
Phone: 925.825.7751 | fax: 925.825.8732

Contrato de Padres e Hijo

Fechas del programa para otoño 2017

Comienza: 20 de septiembre Acaba: 30 de noviembre

Miércoles y jueves 3:00pm a 4:30pm

Bienvenidos a Monument Crisis Center After School Café! Un lugar maravilloso donde podrán aprender, formar amistades y divertirse.

Mano a mano, observaremos las siguientes reglas generales:

Como Padre o Custodio, Yo:

- Trairé a mi hijo/a al centro a tiempo preparado/a con su tarea y materiales para leer.
- Mi hijo/a no faltará más de 3 veces a tutoría o por consecuencia no podrá participar en eventos de After School Café o rifas para premios.
- Hablaré con mi hijo/a sobre su tarea y las actividades en el café.
- Apoyare y estaré de acuerdo con las pólizas de la escuela y el café para poder mantener un medio ambiente sano y seguro
- Apoyaré y estaré de acuerdo con leer mínimo 15 minutos cada día
- Recogeré a mi hijo/(a) a tiempo

Firma de Padre o Custodio: _____ Fecha: _____

Como estudiante, Yo:

- Respetaré los trabajadores de MCC, los tutores, y los voluntarios
- Respetaré a la propiedad de MCC y la propiedad de otros
- Demostraré respeto a los otros niños atendiendo el centro
- Seré amable y atento con los otros estudiantes
- Tendré confianza en mí de que puedo aprender
- Estaré preparado/a para completar tareas y participar en actividades del After School Café
- Hablare con mis padres cada día sobre mis actividades del escuela
- Obedeceré las reglas establecidas por los empleados del After School Café

Firma de Estudiante: _____ Fecha: _____