



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: _____

APLICACIÓN ESTUDIANTIL
Teen Center – Otoño 2017
FECHA LÍMITE: Agosto 17, 2017

Para los niños de grados 6-8

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

Domicilio _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad ____ Grado ____

Nombre de Escuela _____

Información de Contacto para los Padres o Custodios:

Numero de cliente de MCC _____ Idioma de preferencia de 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) _____

Información de contacto en caso de emergencia:

En caso de emergencia, siempre trataremos de llamar primero a los padres. Sin embargo, es un requisito que tengamos otro contacto para emergencia ADEMÁS de un padre o custodio. Éste 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 # 1. (h / c / t) _____ 2.(h / c / t) _____

Nombre _____ Relación _____

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

Otras personas que tienen mi autoridad recoger a mi hijo(a) en casos que no sean de emergencia:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

No se permitirá que su hijo(a) salga con alguien que no esté incluido en la lista. Las personas incluidas en la lista tienen que presentar identificación en el momento de recojo. 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 de Aseguranza:

Nombre de Aseguranza _____ Número de ID _____

Proveedor Médico _____ Teléfono _____

Necesitará algún medicamento su hijo(a) mientras esté en el programa? Sí (Favor de anotar) No

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

En caso afirmativo, favor de indicar cuales: _____

Restricciones de la dieta (e.g. kosher, vegetarian, no come Puerco, etc.):

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 Sí No Epilepsia/Trastorno de Convulsiones Sí No

Diabetes Sí No Migrañas frecuentes Sí No

Problemas del corazón Sí No Trastorno por deficit de atención e hiperactividad Sí No

Problemas de visión/audición Sí No Infecciones Crónicas del oído Sí No

En caso afirmativo, favor de explicar: _____

¿Su hijo tiene una diagnosis que le afecta su aprendizaje? (e.g. 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 a 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 doy permiso a Monument Crisis Center para tomar fotos y videos de mi hijo/a mientras estén en el centro. Yo autorizo la utilización de la imagen(es) para la difusión y promoción de Monument Crisis Center. De igual manera, es mi deseo establecer que esta autorización es voluntaria y gratuita y que el instituto cuenta con mi autorización para la utilización, reproducción, transmisión, y cualquier uso de promoción ya sea grafica, videos o uso en nuestro sitio web.

Yo **NO** doy permiso a Monument Crisis Center para que tome fotografías o video de mi hijo/a mientras estén en el centro.

Restricciones _____

Nombre Completo de Padre/Custodio (molde)

Firma

Fecha

Renuncia de Emergencia:

Mi firma autoriza lo siguiente:

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 diagnóstico 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 efectua bajo la supervisión de los empleados médicos del hospital o facilidad proveyendo servicios medicales o dentales. Se entiende que él o ella que firma se supone que acepte 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

Información Académica del Estudiante

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

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

¿En que materia le gustaría que su hijo/a se enfoque? ¿Que 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?

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

¿Cuales servicios esta recibiendo en la escuela?

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

Información de cuentas estudiantiles

Estamos pidiendo acceso a portales electrónicos de los estudiantes para checar sus notas y al igual dar apoyo académico adicional.

Aeries Portal/Homelink

Nombre de usuario: _____

Contraseña: _____

Online mathbook (Pearson Realize)

Nombre de usuario: _____

Contraseña: _____

Membean: Comprehensive, Engaging Vocabulary Building

Nombre de usuario: _____

Contraseña: _____



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 2:30-4:30pm*

Bienvenidos al Monument Crisis Center Teen Center!

Un lugar maravilloso donde podran 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 faltara mas de 3 veces a tutoría o por consecuencia no podrá participar en eventos del Teen Center o rifas del Teen Center
- Hablaré con mi hijo/a sobre su tarea y actividades en el Teen Center
- Apoyaré y estaré de acuerdo con las pólizas de la escuela y el Teen Center para poder mantener un 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 a 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
- Seré amable y atento con los otros estudiantes
- Tendré confianza en mi de que puedo aprender
- Estaré preparado para completar tareas y participar en actividades del Teen Center
- Hablare con mis padres sobre mis actividades de la escuela y del Teen Center
- No usare mi teléfono celular durante el Teen Center
- Obedeceré las reglas establecidas por los empleados del Teen Center

Firma del estudiante: _____ 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

Parent and Student Contract

Program dates for Fall 2017

Start Date: *September 20* **End Date:** *November 30*
Wednesdays and Thursdays 2:30-4:30pm

We welcome you to the Monument Crisis Center Teen Center!
A wonderful place to learn, build friendship, and have fun!
Hand in hand, we will observe the following guidelines:

As a Parent, I will:

- Bring my child to the center on time and prepared with homework, textbooks, and reading materials
- My child will not miss more than three (3) tutoring days or else will not be eligible to participate in Teen Center events or Teen Center raffles
- Talk with my child each day about his or her schoolwork and Teen Center journaling and activities
- Support the policies of the school and Teen Center for a safe environment
- Support at least 25 minutes reading each day
- Pick up my child on time

Parent Signature: _____ Date: _____

As a student I will:

- Respect MCC Staff, tutors, and volunteers
- Show respect for center and personal property
- Show respect for the other children attending the center
- Be kind and helpful to the other students
- Believe that I can and will learn
- Be prepared to complete homework and participate in Teen Center activities
- Talk with my parents each day about my school and Teen Center activities
- I will not use my phone during Teen Center
- Obey the rules set up by the Teen Center Staff

Student Signature: _____ Date: _____