

### Aplicación del Estudiante

**Información Personal (Letras de molde):**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

(Apellido)

(Nombre)

(Segundo nombre)

Dirección: \_\_\_\_\_

(Calle)

(Ciudad)

(Código postal)

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestra: \_\_\_\_\_

Nombre de padre o guardián: \_\_\_\_\_

Su hijo participo en el programa de tutoría ACTS el año pasado? [  ] Si [  ] No

**Información en caso de Emergencia/Médica:**

Persona aparte del padre para contactar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación al estudiante: \_\_\_\_\_

Su hijo/a tiene algún problema de habla o audición? [  ] Si [  ] No Si, si por favor describir: \_\_\_\_\_

Su hijo/a tiene alguna alergia (por ejemplo, picaduras de insectos, alergia a comidas, etc.). Si [  ] No [  ] Si, si por favor describir: \_\_\_\_\_

Si su hijo usa un inhalador por favor traiga un formulario desde el médico de su hijo. Por favor identifique cobertura de seguro:

\_\_\_\_\_  
(Compañía de seguro)

\_\_\_\_\_  
(Numero)

Por favor indique cualquier individuo (aparte de sí mismo) quien pueda recoger a su hijo/a: \_\_\_\_\_

Por favor indique cualquier individuo quien no tiene permiso para recoger a su hijo/a: \_\_\_\_\_

**Información Educativa:**

Su hijo/a necesita tutoría académica? [  ] Si [  ] No Sí, si en cual materia? \_\_\_\_\_

Tiene alguna objeción contra el estudio diagnóstico para identificar áreas específicas sobre la habilidad académica para ACTS enfocarse? [  ] Si [  ] No

Entiendo que una entrevista personal será ofrecida y puede ser conducida antes de la colocación de mi hijo/a en el programa de tutoría ACTS. Le doy permiso a mi hijo/a para recibir tutorial académica del programa de tutoría ACTS.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Firma de padre o guardián)

*Formulario continúa en la próxima página.*

# ACTION CENTERED TUTORING SERVICES

## PERMISO DE PADRE/GUARDIAN

Estimado Padre o Guardián,

ACTS necesita su permiso para varios tipos de información y actividades que ayudaran a su hijo/a tener el más alto beneficio del programa, y por razones de seguridad. **Por favor poner sus iniciales en cada lugar donde usted de permiso**

### INFORMATION DE LA ESCUELA

Entiendo que para poder mejor entender a las necesidades académicas de mi hijo/a ACTS puede necesitar información de su escuela o maestra. Doy permiso a ACTS para acceder información académica de la escuela y de la maestra cuando sea necesario.

\_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_  
(Padre/Guardian iniciales)

### PASEOS

Entiendo que los estudiantes ACTS a veces participan en servicios comunitarios, en paseos a la biblioteca, museo, atracciones locales, y actividades parecidas. Supervisión de adultos será próvida. Anuncios de estas actividades específicas serán mandados a casa por adelantado. Le doy permiso a mi hijo/a para participar en todas las actividades de ACTS.

\_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_  
(Padre/Guardian iniciales)

### TIEMPO DE CLUB

Entiendo que ACTS conduce tiempo de club, aparte del tiempo de tutorial académica, este tiempo es de estudios bíblicos y instrucción sobre los valores cristianos. Le doy permiso a mi hijo/a para participar en las actividades de tiempo club.

\_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_  
(Padre/Guardian iniciales)

### PUBLICACIONES DE FOTOGRAFIAS

Le doy permiso a ACTS para tomar fotos y video de mi hijo/a y usarlos para propósitos como la página web, o el folleto de noticias y otras publicaciones, y para lanzarlos a los documentos de noticias locales.

\_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_  
(Padre/Guardian iniciales)

### TRANSPORTACION

Le doy permiso a ACTS para transportar a mi hijo/a en el evento de necesidad médica, o en caso de una circunstancia familiar imprevista, o cualquier otra emergencia. De otra manera, entiendo que soy responsable de buscar y traer a mi hijo/a al programa.

\_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_  
(Padre/Guardian iniciales)

Tiene ACTS permiso para transportar a su hijo en caso de emergencia? [ ] SI [ ] No

\_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_  
(Padre/Guardian iniciales)

### LOCACION

ACTS Tiene diez programas de tutorial alrededor de Springfield. Estos son:

#### Lunes

St. John's Congregational Church, 45 Hancock Street, 3:30 - 5:30 pm

Evangelical Covenant Church, 915 Plumtree Road, 4:00 - 6:00 pm

JC Williams Community Center, 116 Florence Street., 4 - 6 pm

Celestial Praise Church of God, 321 Wilbraham Road, 4:15 - 6:00 pm

#### Martes

Bethesda Lutheran Church, 455 Island Pond Road, 4:00 - 6:00 pm

Orchard Covenant Church, 95 Berkshire St., 4:00 - 6:00 pm

Allen Park Community Room, 251 Allen Park Rd., 6:00 - 8:00 pm

#### Miércoles

Christ Church Cathedral, 35 Chestnut Street., 4:00 - 6:00 pm

#### Jueves

Faith United Church, 52 Sumner Avenue, 3:30 - 5:30 pm

YMCA North End Center, 1772 Dwight Street, 3:30 - 5:30 pm

Estoy interesado en esta locación \_\_\_\_\_ [ ] subraye si no tiene preferencia o no está seguro.

Por favor **ESCRIBA** el nombre del padre o guardián.

Nombre: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_