



**ACTION CENTERED TUTORING SERVICES**

*Making a difference ... one child at a time*  
35 Chestnut Street, Springfield, MA 01103  
Phone: 413-731-9810 Email: ACTS1986@gmail.com

**Aplicación del Estudiante**

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

Nombre del estudiante:

\_\_\_\_\_ Género: M F  
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre) (Un círculo.)

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Código postal)

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

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

Nombre de padre o guardián: \_\_\_\_\_ ¿Mensaje? Si [ ] No [ ]

¿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 alg(m 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 fardulario desde el medico de su hijo. Por favor identifique cobertura de seguro:

----- / -----  
(Compañía de seguro) (Numero)

Por favor indique cualquier individuo (aparte de si 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 Si, si en cual ratería? \_\_\_\_\_

¿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 seno 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 académico del programa de tutoría ACTS.

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

*Formulario continuo en la próxima página.*

# ACTION CENTERED TUTORING SERVICES

## PERMISO DE PADRE/GUARDIAN

Estimado Padre o Guardian,

ACTS necesita su permiso para varios tipos de información y actividades que ayudaran a su hijo/a tener el mas 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.

\_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_  
{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 seno provida. Anuncios de estas actividades específicas serán mandados a casa por club adelantado. Le doy permiso a mi hijo/a para participar en todas las actividades de ACTS.

\_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_  
(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.

\_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_  
(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 pagina web, o el folleto de noticias y otras publicaciones, y para lanzarlos a los documentos de noticias locales.

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

### TRANSPORTACION

Le doy permiso a ACTS para transportar a mi hijo/a en el evento de necesidad medica, 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.

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

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

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

### LOCACIONES

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

#### Lunes

St. John's Congregacional Church, 45 Hancock Street, 3:30 - 5:30 pm  
Brookings Elementary School /JC Williams Center 4- 6 pm

#### Martes

Colonial Estates, One Circle, Community Room, 4- 6 pm  
Orchard Covenant Church, 95 Berkshire St., 4 - 6 pm

#### Miércoles

Christ Church Cathedral, 35 Chestnut Street., 4 - 6 pm  
Evangélica Covenant Church, 915 Plumtree Road, 4 - 6 pm

#### Jueves

Skyview Towers Community Room, 10 Chestnut 4 -6pm  
Christina's House, 367 Unión Street, 4 pm - 6 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: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_