



Citizens Alliance for Progress, Inc.

401 Martin Luther King Jr. Dr., Tarpon Springs, FL 34689
Phone: (727) 934-5881 www.citizensallianceforprogress.org

Academic Enhancement Program (A.E.P.) Application

NEW

RETURNING

Student Social Security # _____

Student Identification # _____

STUDENT INFORMATION: (INFORMACION DEL ESTUDIANTE)

Last Name _____ First Name _____ Date of Birth _____
(Apellido) (Nombre) (Fecha de nacimiento)

Address _____
(Domicilo) Street/PO Box City State Zip Code

School (Escuela)
 Tarpon Elementary Tarpon Springs Middle Tarpon High Sunset Hills Elementary
 Other/otros: _____

Grade _____ Age _____ Gender: Male Female
(Grado) (Edad) (Sexo) (niño (chica)

Ethnicity (Etnicidad):
 American Indian/Indio Americano Pacific Islander/Isleno del Pacifico Other/otros
 Asian (Non-Hispanic)/Asiatico (No Hispano) White (Non-Hispanic)/ Blanco
 Black (Non-Hispanic)/ Negro (No Hispano) Hispanic (Latino/Hispano)

Primary Language (Idioma Principal): English/ingles Spanish/ español Other/otros: _____

Ethnicity
 No, Not Spanish/Hispanic/Latino Yes, Other Spanish/Hispanic/Latino Yes, Cuban
 Yes, Puerto Rican Yes, Mexican, Mexican American, Chicano

Household Income: \$ _____ # of Adults in Household _____ # of Children in Household _____
(Before Taxes)

Household Arrangement
 Dual Parent-Married No Dependents-Single Female
 Other-Relative/Kinship Care-Married Single Parent-Male Head of Household
 No Dependents-Married Dual Parent-Non Married Male Head of Household
 Single Parent-Female Head of Household Dual Parent-Non Married Female Head of Household
 No Dependents-Single Male Other-Relative/Kinship Care-Male Head of Household
 No Dependents-Couple, Non-married Other-Relative/Kinship Care-Female Head of Household

(Parent Signature / Firma)

(Date / Fecha)

Please answer the following questions as accurately as possible:
(Por favor conteste las siguientes preguntas con la mayor precisión posible)

1. **Does the student receive special education services?** Yes (si) No
¿Esta el estudiante recibiendo clases especiales o terapia?

If your child has an IEP or 504 plan, please contact the Literacy Specialist in order to discuss your child's needs.

Si su hijo tiene un IEP o plan 504, por favor de contactar el Especialista en Alfabetización para hablar sobre las necesidades de su hijo/a.

2. **Has the student been diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) or ADD?**
¿Ha el estudiante recibido un diagnóstico de ADD o ADHD? Yes (si) No

3. **Does the student receive bilingual or ESL services?** Yes (si) No
¿Esta el estudiante recibiendo clases bilingue, o servicios de ESL? (Ingles como segunda idioma)

4. **Are there any siblings applying to the program?** Yes (si) No
¿Hay hermanos o hermanas en el programa aplicando?

If yes please list their name(s): _____
Si contesto si, lista sus nombres por favor

5. **Student lives with** (Estudiante vive con): Both Parents/Ambos padres Other/Otros: _____

6. **Parent Military Affiliation:** None Army Navy Air Force Marines Coast Guard
Afilación Militar de los Padres: National Guard Dep't of Defense Reserves

7. **Please check any of the following that apply** (Marque todo lo que aplica):
 Medicare or Medicaid SSI/Seguro Social SNAP Disability Insurance/Seguro de Discapacidad

PARENT/GUARDIAN INFORMATION: (INFORMACION DEL PADRE O TUTOR)

Last Name _____ (Apellido)	First Name _____ (Nombre)	Date of Birth _____ (Fecha de nacimiento)
Address _____ (Domicilo)	Street/PO Box _____	City _____ State _____ Zip Code _____
E-mail Address _____		
Phone number _____ (número de teléfono)	Work number _____ (número del trabajo)	Alt. number _____ (número alternativo)

Last Name _____ (Apellido)	First Name _____ (Nombre)	Date of Birth _____ (Fecha de nacimiento)
Address _____ (Domicilo)	Street/PO Box _____	City _____ State _____ Zip Code _____
E-mail Address _____		
Phone number _____ (número de teléfono)	Work number _____ (número del trabajo)	Alt. number _____ (número alternativo)

EMERGENCY CONTACTS: (CONTACTOS DE EMERGENCIA)

Last Name _____ (Apellido)	First Name _____ (Nombre)	Email _____
Phone number _____ (número de teléfono)	Work number _____ (número del trabajo)	Alt. number _____ (número alternativo)

Last Name _____ (Apellido)	First Name _____ (Nombre)	Email _____
Phone number _____ (número de teléfono)	Work number _____ (número del trabajo)	Alt. number _____ (número alternativo)

AUTHORIZED PERSONS FOR RELEASE: (PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER)

***Students will ONLY be released to individuals checked off below (please include parent/guardians).**

* Los estudiantes sólo se dará a conocer a las personas fuera comprobado por debajo (por favor incluya los padres / tutores).

Name (Nombre)	Primary Phone Number (Número de teléfono)	Alternate Phone Number (número alternativo)	Relationship (Relación)

STUDENT HEALTH INFORMATION: (INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE)

Doctor's Name: _____
(Nombre del medico)

Phone Number: _____
(Número de teléfono)

Health Insurance Carrier: _____
(Compañía de Seguros de Salud)

Insurance Policy or Medicaid Number: _____
(Póliza de Seguro o Número de Medicaid)

Is the student up-to-date on all state-required immunizations? Yes (si) No
¿Es el estudiante hasta al día con todas las vacunas requeridas por el estado?

Allergies: (Alergias): _____ Yes/Si No/No
If yes, please describe the severity of the reaction and what is done to manage them.
En caso afirmativo, por favor describa la gravedad de la reacción y lo que se hace para su gestión.

Does your child have any allergic reactions to sunscreen? Yes/(si) No/ No
¿Su hijo tiene alguna reacción alérgica a la protección solar?

Does your child have any allergic reactions to insect repellent? Yes/(si) No/ No
¿Su hijo tiene alguna reacción alérgica a repelente de insectos?

May we serve your child food and beverages? Yes/(si) No/ No
¿Que podamos servir a su hijo alimentos y bebidas?

Medical, Physical, or Emotional Conditions (including Disabilities): Yes/(si) No/ No
Condiciones médicas, físicas o emocionales (incluyendo Discapacidades)

If yes, please provide information to assist us in providing the best experience for the student:

Si su hijo tiene alguna condición, por favor proporcione la información para ayudarnos a proporcionar la mejor experiencia para el estudiante

Medications (including Inhalers): Yes/(si) No/ No
Los medicamentos (incluyendo Inhaladores)

If yes, please list:

*****If your child requires medication on site, you must meet with the LITERACY SPECIALIST to review policy and procedures. Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP) is NOT authorized to administer medications.***

*** Si su hijo requiere de medicamentos en el sitio, debe reunirse con el Especialista en Alfabetización para revisar las políticas y procedimientos. Alianza de Ciudadanos para el Progreso, Inc. NO está autorizado para administrar medicamentos.*

MEDICAL EMERGENCY CONSENT: (CONSENTIMIENTO DE LA EMERGENCIA MÉDICA)

In the event of a medical emergency, first aid will be administered to your child by the Literacy Specialist or another qualified individual. Every attempt will be made to reach the parent/guardian first. If further medical treatment is needed, 911 will be called and your child will be taken by ambulance to the nearest hospital. I authorize the CAP - Academic Enhancement Program to obtain emergency transportation and treatment for my child in the event I am not available. In consideration of the right to participate in CAP - Academic Enhancement Program, I hereby assume all risks and will indemnify and hold harmless CAP - Academic Enhancement Program, its staff, their employees, trustees, volunteers, officers, and students of any and all liability. I attest that I am the legal guardian of the child named above.

En caso de emergencia médica, los primeros auxilios serán administrados a su niño por el director de programa u otro individuo calificado. Cada tentativa será hecha de alcanzar el padre/al guarda primero. Si el tratamiento médico adicional es necesario, 911 serán llamados y la ambulancia llevará su niño al the nearest hospital. Autorizo el programa extraescolar para obtener el transporte y el tratamiento de la emergencia para mi niño en el acontecimiento que no estoy disponible.

(Parent Signature / Firma)

(Date / Fecha)

RIGHTS AND RESPONSIBILITIES: (DERECHOS Y RESPONSABILIDADES)

Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP) agrees to/ Alianza de Ciudadanos para el Progreso , Inc se compromete a:

- 1. Provide a high quality, comprehensive Educational Support Program for all students.**
Proporcionar una alta calidad , Programa de apoyo a la educación integral para todos los estudiantes.
- 2. Abide by all childcare regulations for school-aged childcare.**
Soportar todas las reglas y regulaciones para niños de edad estudiantil.
- 3. Treat all students and parents with respect and provide grievance procedures in case of unresolved conflict.**
Tratar a todo estudiante y padre con respeto y proveer procedimientos para solucionar conflictos.
- 4. Provide opportunities for parental feedback and suggestions.**
Proveer oportunidades para reacciones y sugerencias de los padres.
- 5. Provide parents with contact information and program rules and expectations upon enrollment.**
Proveer padres con informacion de contactos, reglas del programa y lo que esperamos de usted desde el momento del ingreso.

The Parent/Guardian agrees to (Como Padre/Guardian, me obligo a):

- 1. Complete all enrollment paperwork required and sign all authorizations necessary**
Completar todo los papeles requeridos y firmar todas las autorizaciones necesarias.
- 2. Comply with program procedures set forth by the Literacy Specialist**
Cumplir con los procedimientos del Director de Programa.
- 3. Encourage my child to abide by the program rules.**
Promover a mi hijo que cumple con las reglas del programa.
- 4. Encourage my child to participate in all areas of the program.**
Promover a mi hijo participar en todas areas del programa.
- 5. Show a positive interest in what my child is doing each day.**
Demonstrar un interes positivo en lo que mi hijo se dirige cada dia.
- 6. Acknowledge that I am responsible for assisting with my child's learning.**
Comprendo que soy responsable de asistir a mis hijo(a) en su capacidad y experiencia de su aprendizaje.
- 7. Participate in a minimum of two program activities per program year and attend parent workshops.**
Participar en un mínimo de dos actividades del programa por año de programa y asistir a talleres para padres.

(Parent Signature / Firma)

(Date / Fecha)

(Staff Signature / Firma)

(Date / Fecha)

ATTENDANCE POLICY: (POLÍTICA DE ASISTENCIA)

1. I understand that regular attendance is essential and that every effort should be made to attend the program EVERY DAY. If my child does not regularly attend CAP - Academic Enhancement Program, they may not be allowed to continue in the program.

Comprendo que es esencial que mi hijo/hija este presente cada día. Si mi hijo/hija no esta presente regularmente en CAP - Academic Enhancement Program, es posible que no sera permitido continuar en el programa.

2. In the event of an emergency, I will contact the school's Literacy Specialist by 3:00 PM if my child requires a different pick/up or drop-off routine.

En el evento de una emergencia, comunicaré con el Especialista en Alfabetización antes de las 3pm si mi hijo/hija requiere arreglos especiales.

3. I understand that if my child is enrolled in any other extracurricular activities, I need to communicate with the Literacy Specialist to verify whether my child may remain in CAP - Academic Enhancement Program.

Entiendo que si alistan a mi niño en cualesquiera otras actividades extracurriculares, necesito comunicar con el director para verificar si mi niño puede permanecer en "CAP - Academic Enhancement Program.

4. I understand that if the parent/guardian or any other authorized person is 1 hour late picking up my child, local law enforcement will be contacted.

Entiendo que si el padre / tutor o cualquier otra persona autorizada es de 1 hora tarde a recoger a mi hijo, se llamará la policía local.

5. If my child is picked up late three (3) times, I understand that my child will be released from program for the remainder of the school year.

Si mi niño es recogido tarde de tres (3) veces, entiendo que mi hijo será liberado de programa para el resto del año escolar.

EARLY RELEASE POLICY

Students who are picked up prior to program end time must notify the Literacy Specialist ahead of time. It must be based on the following conditions:

- Family emergency (such as death in the family, catastrophic incidents, etc).
- Medical appointments
- Weather conditions especially if the child walks home.
- Child accidents that occur during program time (Literacy Specialist or staff will notify parent or guardian).
- Religious obligations/events
- Attending a school or community event such as (basketball, chorus, dance, etc.) that is part of the students enrichment program.

If a student is released early, staff will record the date and time of the early release of the child. Parent, guardian, or authorized person will be required to sign the student out and complete an Early Release Form.

I have read and agree to the Attendance Policy and Early Release Policy.

(Parent Signature / Firma)

(Date / Fecha)

POLÍTICA DE SALIDA TEMPRANA

Los estudiantes que son recogidos antes de la hora de finalización del programa deben notificar al Director del sitio antes de tiempo. Debe basarse en las siguientes condiciones:

- Emergencia familiar (como la muerte de un familiar, incidentes catastróficos, etc).
- Citas médicas
- Las condiciones climáticas, especialmente si el niño vuelve a casa.
- Los accidentes infantiles que se producen durante el tiempo del programa (Director o personal del Programa notificará a los padres o tutor).
- obligaciones religiosas / eventos
- Asistir a un evento de la escuela o de la comunidad, tales como (baloncesto, coro, danza, etc) que es parte de los programas de enriquecimiento de los estudiantes.

Si un estudiante se libera temprano, el personal registrará la fecha y hora de la liberación temprana del niño. Padre, tutor o persona autorizada tendrán que firmar el estudiante y completar un formulario de salida temprana.

He leído y acepto la Política de Asistencia y Política de salida temprana.

(Parent Signature / Firma)

(Date / Fecha)

BEHAVIOR POLICY: (POLÍTICA DE CONDUCTA)

In order to provide a productive learning environment all students will be expected to follow the rules and procedures of Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP). Students who behave inappropriately will be treated in a fair, but firm manner.

En orden de proveer un ambiente educacional, cada estudiante esta dirigido a seguir las reglas y procedimientos de Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP). Estudiantes que se comportan de modo impropio, seran tratados justamente, pero firme.

Student Rules/Reglas

1. Be Safe/ Ser precavido y seguro.
2. Be Respectful/ Ser respetuoso.
3. Be Positive/ sea positivo
4. Be Responsible/ ser responsable
5. Be Great/ ser maravilloso

Discipline Procedures (Procedimientos Disciplinarios)

1st Violation: Students will first receive a verbal warning and a written report will be made.
(La primer infracción resultara en una advertencia verbal y habra un reporte escrito)

2nd Violation: The student will be counseled by the teacher, Literacy Specialist or authorized adult and a written report will be made. A parent or guardian will be contacted via telephone. (Segundo violación: El estudiante será asesorado por el profesor, el Especialista en Alfabetización o un adulto autorizado y se hará un informe escrito. Se contactará a padres o tutores por teléfono)

3rd Violation: Student will be removed from the program and a parent or guardian will be notified via telephone. (Tercer violación: El estudiante será eliminado del programa y uno de los padres o tutores serán notificados vía telefónica)

IMPORTANT: Violence (hitting/punching/kicking), carrying of weapons, verbal or written threats, improper use of technology or any other behavior that harms the safety of other students and/or staff will not be tolerated. When behavioral infractions are severe in nature, no warnings will be given, and the student will be discharged immediately.

IMPORTANTE: La violencia (golpes / puñetazos / patadas), porte de armas, amenazas verbales o escritas, el uso inadecuado de la tecnología o cualquier otro comportamiento que daña la seguridad de los demás estudiantes y / o el personal no será tolerado. Cuando infracciones de conducta son graves en la naturaleza, no se dará ninguna advertencia, y el estudiante será dado de alta de inmediato.

(Parent Signature / Firma)

(Date / Fecha)

TECHNOLOGY POLICY

Personal electronics such as electronic games, cell phones, MP3 players, tablets, eReaders etc., should not be brought to program. Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP) is not responsible for lost or stolen items.

CELL PHONES USE IS NOT ALLOWED DURING PROGRAM HOURS. If a student is observed using a cell phone during program, the Literacy Specialist will confiscate the cell phone and a parent will have to sign it out. Cell phone use is subject to the Discipline Procedures outlined above.

If a parent or guardian must contact a student during program they should contact the Literacy Specialist or Front Desk and ask to speak to their child.

I have read and agree to the Behavior Policy and Technology Policy.

(Parent Signature / Firma)

(Date / Fecha)

POLÍTICA DE TECNOLOGÍA

Electrónicos personales tales como juegos electrónicos, teléfonos celulares, reproductores de MP3, tabletas, etc, no se deben traer al programa. Alianza de Ciudadanos para el Progreso, Inc. no es responsable de artículos perdidos o robados. Teléfonos celulares usan **NO SE PERMITE DURANTE HORAS DEL PROGRAMA.** Si se observa un estudiante usando un teléfono celular durante el programa, el Especialista en Alfabetización confiscará el teléfono celular y un padre tendrá que firmar un vistazo. El uso del móvil está sujeto a los procedimientos disciplinarios descritos anteriormente.

Si un padre o tutor deberá ponerse en contacto con un estudiante durante el programa deben comunicarse con el Especialista en Alfabetización o recepción y pedir hablar con su hijo.

He leído y acepto la Política de Conducta y Política Tecnológica.

(Parent Signature / Firma)

(Date / Fecha)

INFORMED CONSENT (ENGLISH)

MEDIA RELEASE

I agree to allow my child _____ to be photographed and/or video/audio-taped by Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP) staff or their designee and for those photos and/or videos to be used for the advertising and promotion of Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP) programs. I hereby forever release and discharge Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP) from any and all claims, actions demands arising out of or in connection with the use of said photographs or videos, including, without limitation, any and all claims for invasion of privacy and libel. This release shall inure to the benefit of the assignees, licensees and legal representatives of Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP).

(Parent Signature / Firma)

(Date / Fecha)

TRANSPORTATION RELEASE

I give permission for my child to be transported in a motor vehicle driven by approved Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP) staff. I understand that my child is expected to follow all applicable laws regarding riding in a motor vehicle and is expected to follow the directions provided by the driver and/or other adult volunteers. I understand that participation in the identified event is not a requirement for participation in Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP) programs. I have read, understand, and discussed with my child that:

1. They will be traveling in a motor vehicle driven by an adult and they are to wear their safety-belt while traveling;
2. They are expected to respect each other, the vehicles they ride in, and the people they travel with during the trip;
3. Riding in a motor vehicle may result in personal injuries or death from wrecks, collisions or acts by riders, other drivers, or objects; and
4. They are to remain in their seats and not be disruptive to the driver of the vehicle.

I recognize that by participating in activities that require transportation, as with any activity involving motor vehicle transportation, my child may risk personal injury or permanent loss. I hereby attest and verify that I have been advised of the potential risks, that I have full knowledge of the risks involved in activities that require transportation, and that I assume any expenses that may be incurred in the event of an accident, illness, or other incapacity, regardless of whether I have authorized such expenses. As a condition for the transportation received, I, for myself, my child, my executors and assigns, further agree to release and forever discharge Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP) and their agents, officers, employees and volunteers from any claim that I might have myself or that I could bring on my child's behalf with regard to any damages, demands or actions whatsoever, including those based on negligence, in any manner arising out of this transportation. I have read this entire waiver and permission form, fully understand it, and agree to be legally bound by its terms.

(Parent Signature / Firma)

(Date / Fecha)

FIELD TRIP RELEASE

I understand that my child's participation in CAP - Academic Enhancement Program will include attending trips to various locations. I hereby give permission for my child to attend all of the trips scheduled by Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP) program staff. I hereby give my permission for my child to accompany Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP) on local walks and van rides off-site to neighboring facilities, libraries, parks, and playgrounds. I acknowledge that some of these trips may include activities that require strenuous physical exertion. I acknowledge that injuries or other complications associated with exercise or physical activity may result from my child's participation in these trips. In exchange for permission for my child to participate in the program and attend the field trips, I knowingly agree to waive and release from any and all claims a causes of action that I may acquire against Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP), its trustees, officers, employees, or agents thereof for any and all injuries, loss or damage which my child may suffer or which are in any way connected with my child's participation in the program and field trips.

(Parent Signature / Firma)

(Date / Fecha)

INTERNET USAGE RELEASE

I give my child permission to access the Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP) Internet network and I accept responsibility to abide by Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP) policy and procedures as stated in this agreement. I understand that access to the Internet is a privilege and not a right, and your child agrees: Not to incur any charges to CAP; to use the Internet network for appropriate educational purposes and research; to use the Internet network only with the permission of designated staff; to be considerate of other users on the network and use appropriate language; to not degrade or disrupt Internet network services or equipment, including tampering with software/hardware, vandalizing data, invoking computer viruses, attempting to gain access to restricted or unauthorized network services, or violating copyright laws; I understand that occasionally Internet users are able to access inappropriate material. In such instances, CAP expects the student to immediately close out of the inappropriate site and report this finding to the closest school staff. Students can also gain access to inappropriate, non-educational websites by the use of a proxy or proxy-like application that allows unfiltered access by bypassing the security/filtering system. Using, attempting to use or searching for such applications by students (and all CAP personnel) will not be tolerated. I understand that my child has no right to privacy when they use the CAP Internet network, and I consent to staff monitoring of their communications. I agree to comply with all of the rules and expectations included in the Student Internet Appropriate Use Policy; I also understand that any conduct that is in conflict with these responsibilities is inappropriate and may result in termination of network access and possible disciplinary action.

(Parent Signature / Firma)

(Date / Fecha)

CONSENTIMIENTO INFORMADO (ESPAÑOL)

COMUNICADO DE PRENSA

Estoy de acuerdo en permitir que mi hijo ser fotografiado y/ o de video/audio grabadas. Por la presente libero y descargo para siempre Alianza de Ciudadanos para el Progreso , Inc. de cualquier y todas las reclamaciones, acciones demandas que surjan de o en conexión con el uso de dichas fotografías o videos, incluyendo, sin limitación, cualquier reclamo por invasión de la privacidad y la difamación. Este comunicado redundará en beneficio de los cesionarios, licenciatarios y representantes legales Alianza de Ciudadanos para el Progreso , Inc..

COMUNICADO DE TRANSPORTE

Doy permiso para que mi hijo sea transportado en un vehículo de motor impulsado por el personal aprobado Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP). Entiendo que se espera que mi hijo a seguir todas las leyes aplicables acerca de montar en un vehículo de motor y se espera que siga las instrucciones proporcionadas por el conductor y / o otros adultos voluntarios. Entiendo que la participación en el evento identificado no es un requisito para la participación en los Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP) de programas. He leído, entiendo, y discutido con mi hijo que:

1. Ellos estarán viajando en un vehículo conducido por un adulto y deben usar su cinturón de seguridad durante el viaje;
2. Se espera que se respeten unos a otros, los vehículos que viajan en, y las personas que viajan con durante el viaje;
3. Montar en un vehículo de motor puede resultar en lesiones personales o muerte por naufragios, colisiones o actos por los jinetes, otros conductores o los objetos; y
4. Ellos deben permanecer en sus asientos y que no sea perjudicial para el conductor del vehículo.

Reconozco que al participar en actividades que requieren transporte, al igual que con cualquier actividad que implique el transporte de vehículos de motor, mi hijo corre el riesgo de lesiones personales o pérdida permanente. Por la presente certifico y verifico que he sido informado de los riesgos potenciales, que tengo pleno conocimiento de los riesgos involucrados en actividades que requieren el transporte, y que asumo todos los gastos en que pueda incurrir en caso de accidente, enfermedad o otra incapacidad, independientemente de que he autorizado a dichos gastos. Como condición para el transporte recibido, yo, por mí mismo, mi hijo, mis ejecutores y beneficiarios, de acuerdo en liberar y descargo para siempre el centro de Alianza de Ciudadanos para el Progreso , Inc. y sus agentes, funcionarios, empleados y voluntarios de cualquier reclamo que yo podría tener yo o que pudiera traer en nombre de mi hijo en lo que respecta a los daños, demandas o acciones de ningún tipo, incluidos los basados en la negligencia, de cualquier manera que surja de este transporte. He leído toda esta forma de renuncia y el permiso, comprenda bien, y acuerda estar legalmente obligado por sus términos.

(Parent Signature / Firma)

(Date / Fecha)

VIAJES

Entiendo que la participación de mi hijo en el proyecto después de la escuela incluirá asistir viajes a varios lugares en todo el área tri-estatal y más allá. Yo doy permiso para que mi hijo asista a todos los viajes programados por el personal del programa de Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP). Yo doy mi permiso a mi hijo para acompañar Alianza de Ciudadanos para el Progreso, Inc. en paseos locales y van monta apagado-sitio de las instalaciones vecinas, bibliotecas, parques y zonas de juegos. Reconozco que algunos de estos viajes pueden incluir actividades que requieren un esfuerzo físico importante. Reconozco que las lesiones u otras complicaciones asociadas con el ejercicio o la actividad física pueden ser resultado de la participación de mi hijo en estos viajes. A cambio de la autorización para que mi hijo participe en el programa y asistir a los paseos, a sabiendas de acuerdo en renunciar y liberar de cualquier y todas las reclamaciones una causa de acción que pueda adquirir contra Alianza de Ciudadanos para el Progreso, Inc., sus fideicomisarios, funcionarios, empleados o agentes de los mismos para cualquiera y todas las lesiones, pérdidas o daños que mi niño puede sufrir o que están relacionados de alguna manera con la participación de mi hijo en las excursiones del programa y sobre el terreno.

(Parent Signature / Firma)

(Date / Fecha)

USO DE INTERNET

Le doy permiso a mi hijo para tener acceso a la Internet y acepto la responsabilidad de cumplir con el Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP) políticas y procedimientos (CAP) como se indica en este acuerdo. Yo entiendo que el acceso a la Internet es un privilegio y no un derecho, y su hijo está de acuerdo: no incurrir en ningún cargo al CAP; utilizar la Internet para fines educativos apropiados y la investigación; utilizar la Internet sólo con el permiso del personal designado; ser considerado con los demás usuarios de la red y el uso de un lenguaje apropiado; a no degradar o interrumpir los servicios o equipos de red de Internet, incluyendo la manipulación de software / hardware, destrozando los datos, invocando los virus informáticos, intentar acceder a las leyes de derechos de autor restringidos o de servicios de redes no autorizadas, o violar; Entiendo que en ocasiones los usuarios de Internet pueden acceder a material inapropiado. En tales casos, CAP espera que el estudiante para cerrar inmediatamente del sitio inadecuado y reportar este hallazgo para el personal de la escuela más cercana. Los estudiantes también pueden obtener acceso a sitios web inapropiados, no educativos mediante el uso de un proxy o aplicación a poder-como permite el acceso sin filtro sin pasar por el sistema de seguridad filtrado. Usando, intentar utilizar o buscando este tipo de aplicaciones por los estudiantes (y todo el personal CAP) no será tolerado. Entiendo que mi hijo no tiene derecho a la privacidad cuando utilizan la red Internet CAP, y presto mi consentimiento para el personal de vigilancia de sus comunicaciones. Estoy de acuerdo en cumplir con todas las reglas y expectativas incluidas en la Política de Uso Apropiado Estudiante Internet; También entiendo que cualquier conducta que está en conflicto con estas responsabilidades es inapropiada y puede resultar en la terminación de acceso a la red y una posible acción disciplinaria.

(Parent Signature / Firma)

(Date / Fecha)

SELECTION CRITERIA: (CRITERIOS DE SELECCIÓN)

Our programs are open to ALL students regardless of race or economic status. Registration is on a FIRST COME, FIRST SERVE basis. We have a limited number of spaces available and our enrollment number must reflect our grant requirements. If the enrollment number exceeds the number of students we can accept, applicants will be placed on a waiting list. _____ Initials

Nuestras programas esta disponible a todo estudiante sin consideracion a raza, o estado economico. Todo estudiante esta promovido a aplicar. Tenemos una cuenta limitada para nuestra programa. Nuestros fondos son disponibles a base de inscripciòn que refleja la poblaciòn en la escuela. Si los inscripciones supera el numero del estudiantes que podemos recibir, nombres adicionales seran puestos en una Lista de Espera. _____ Inicial

PARENT ORIENTATION: (ORIENTACIÓN PARA PADRES)

In order to complete your child's enrollment, a parent/guardian is required to attend a program orientation. The orientation is about one hour long and will provide information about program policies. I understand that I will be required to attend a mandatory program orientation. Initials

Con el fin de completar la inscripción de su hijo, se requiere un padre / tutor para asistir a una orientación del programa. La orientación es de aproximadamente una hora de duración y proporcionará información acerca de las políticas del programa. Entiendo que se me requerirá para asistir a una orientación del programa obligatorio. Inicial

SIGN OUT POLICY: (FIRME SU SALIDA POLÍTICA)

Safety is top priority at Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP); therefore, no child enrolled in this program will be released from the program without parent/guardian or authorized person signature 16 years or older, listed on this application. Students must have written and signed permission to walk home from program. Initials

La seguridad es la máxima prioridad en el Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP) por lo tanto, ningún niño matriculado en este programa se dará a conocer en el programa sin padre / tutor o persona autorizada firma 16 años o más, que figuran en esta solicitud. Los estudiantes deben tener por escrito y el permiso para caminar a casa del programa firmado. Inicial

AUTHORIZATION TO PARTICIPATE: (AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR)

I agree to all of the above policies, rules, and procedures of Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP). I realize that Citizens Alliance for Progress, Inc. (CAP) is a voluntary program and is not required. I also agree to support my child's learning progression by adhering to the items contained in this packet.

I, the parent/guardian of the above named child, hereby register him/her for participation in the CAP - Academic Enhancement Program. I further agree that I am the legal parent or guardian of the above names child and the information provided on this registration is true and accurate.

Estoy de acuerdo con todas las políticas anteriores, las reglas y procedimientos dAlianza de Ciudadanos para el Progreso , Inc.. Me doy cuenta de que el centro Alianza de Ciudadanos para el Progreso , Inc. es un programa voluntario y no es necesario. También estoy de acuerdo para apoyar la progresión de aprendizaje de mi hijo mediante la adhesión a los artículos contenidos en este paquete.

Yo, el padre / tutor del niño nombrado arriba, por la presente le inscribo / ella para participar en el Proyecto Extraescolar. También estoy de acuerdo que yo soy el padre o tutor legal del niño nombres, y la información proporcionada en este registro es verdadera y exacta.

(Parent Signature / Firma)

(Date / Fecha)