

Es la política del sistema escolar del condado de Fayette no discriminar por motivos de raza, color, religión, sexo, nacionalidad, edad o discapacidad en cualquiera de sus procedimientos de empleo, programas educativos, servicios o actividades. Los estudiantes deben estar matriculados en el sistema escolar del condado de Fayette para ser elegible para asistir al Programa después de la escuela (ASP). Para obtener información adicional acerca de disposiciones no discriminatorias o para solicitar acomodaciones basadas en una discapacidad, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos: (770) 460-3535.

El Programa después de la escuela (ASP) del condado de Fayette está exento de licencia otorgada por el Departamento de Cuidado Temprana y Aprendizaje de Georgia porque somos operados y atendidos por un sistema de escuelas públicas. Estamos obligados a seguir todas las reglas, regulaciones y políticas emitidas y dirigidas por la Junta de Educación del Condado de Fayette. Otro componente de nuestro estado de exención nos obliga a tener seguro de responsabilidad con el fin de operar nuestros programas después de la escuela.

La aplicación es válida sólo para los años con las iniciales de los padres - Por favor, verifique/actualice la información por cada año escolar.

FY19-20		FY20-21		FY21-22		FY22-23		FY23-24		FY24-25	
---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--

CONDADO DE FAYETTE ESCUELAS PÚBLICAS

Formulario de solicitud del Programa después de la escuela (ASP)

Al completar esta solicitud, acepto cumplir con todas las políticas/procedimientos contenidos en el ASP Family Handbook (Manual de la familia para el Programa después de la escuela) disponible en la página web de www.fcboe.org, y por correo electrónico cuando se solicita por escrito. Por favor, envíe la solicitud completa a la oficina ASP.

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: Hombre Mujer

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: Hombre Mujer

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: Hombre Mujer

Mi hijo _____ tiene alergias/una condición médica/necesidades especiales. Por favor, consultar con la clínica de la escuela.

Información de padres/tutores:

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Madre: _____ Tel. de Casa: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Lugar de Empleo: _____ Horas: _____ Tel. del trabajo: _____

Padre: _____ Tel. de Casa: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Lugar de Empleo: _____ Horas: _____ Tel. del trabajo: _____

En caso de suspensión de clases de emergencia, por favor, mande a mi hijo (Seleccione sólo una opción):

EN EL AUTOBUS _____ EN ASP (Este programa) _____ (Disponible sólo en los días que mi hijo está previamente registrado para ASP).

→ **Estudiantes deben ser recogidos de ASP tan pronto que sea posible tras el cierre temprano de la escuela.**

Las tasas semanales de matrícula son por niño y deben ser pagados los viernes antes de asistir el programa, o se aplicará una tarifa. Cargos por recoger tarde se aplican después de las 6:30 pm. Las tasas aplicables se indican en el Family Handbook.

TheLearning Center (el Centro de aprendizaje) es un tiempo reservado para que los estudiantes trabajen en su tarea. El personal ASP no se responsabiliza de revisar las agendas o de proporcionar asistencia individualizada con las tareas. Los ayudantes no son responsables de asegurar que la tarea de un estudiante ha sido completada durante Learning Center (el Centro de aprendizaje).

Contacto de emergencia cuando el padre o tutor no puede ser alcanzado:

Al completar la información a continuación, usted está autorizando a estas personas a firmar, sacar, y transportar a su hijo; Sin embargo, para la seguridad de su hijo se debe notificar al administrador del sitio antes de la recogida. Los nombres de otras personas que están autorizadas para recoger a su hijo son (estas personas deben vivir cerca y estar disponibles para recogidas de emergencia):

Nombre:	Relación al niño:	Tel. de Casa:
		Tel. de Trabajo:
		Celular:
Nombre:	Relación al niño:	Tel. de Casa:
		Tel. de Trabajo:
		Celular:
Nombre:	Relación al niño:	Tel. de Casa:
		Tel. de Trabajo:
		Celular:

Restricciones de Recogida

Si no desea que una persona específica recoja a su hijo, indique su nombre(s) abajo (en el caso de problemas con la custodia, debe adjuntar la documentación legal requerida):

1. _____ 2. _____ 3. _____

COBERTURA DE SEGURO Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA:

COMPAÑÍA DE SEGUROS _____ NÚMERO DE PÓLIZA _____

POR FAVOR COMPLETE (SOLO USADO POR LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS):

MÉDICO ser contactado cuando la familia o tutor no puede ser contactada, si es necesario por la EMT o el personal del hospital:

Nombre: _____ Teléfono: _____

DENTISTA ser contactado cuando la familia o tutor no puede ser contactada, si es necesario por la EMT o el personal del hospital:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Los estudiantes que compren seguro escolar cobertura de 24 horas están cubiertos durante el ASP; pero aquellos con cobertura temporal de la escuela NO están cubiertos durante el ASP.

En el caso de que mi hijo tenga una enfermedad repentina o accidente en el ASP, entiendo que el personal intentará contactarme para recibir instrucciones. Si yo no puedo ser localizado de inmediato o si el miembro del personal a cargo considera que la situación es crítica, entiendo que llamará al 911, y doy mi consentimiento para cualquier tratamiento de emergencia que es recomendado por los paramédicos o médicos de urgencias. Se entiende que se hará todo lo posible para contactarme antes de administrar el tratamiento, pero que el tratamiento de emergencia no será retenido si yo no puedo ser localizado. También se entiende que seré responsable de todos los costos involucrados en el tratamiento de este niño menor de edad.

Firma del padre/tutor

Fecha