



## CHAMPIONS & Rancho Minerva Middle School Programa Después de Escuela ASES

Estimados Padres de familia,

Vamos a poder proveer el programa después de escuela **GRATIS** por medio del subsidio federal After School Education and Safety Program (ASES). El Distrito Escolar Unificado de Vista recibió este subsidio monetario y eligió a CHAMPIONS para proveer el programa después de escuela en Rancho Minerva Middle School.

Acerca del programa ASES:

- Debemos mantener un máximo de 59 estudiantes matriculados al día durante el año.
- Nuestro programa esta disponible para los estudiantes del 6to al 8vo grado.
- El programa se lleva acabo en la escuela después de clases hasta las 6:33pm.
- Proveemos un ambiente seguro y emocionalmente positivo.
- Se les da una merienda nutricional a diario.
- Hay un Componente Académico y de Alfabetismo que provee tutoría/asistencia con tarea
- Hay supervisión departe de los empleados para el estudiante con relación de 1 empleado a no mas de 20 estudiantes.

En conjunto con llenando los requisitos de ASES, CHAMPIONS contrata empleados dedicados para asegurar una experiencia positiva para los estudiantes, los empleados y los padres. Nuestro personal se compone de un grupo de profesionistas altamente capacitados en diversas formaciones como educación, preparación y programas de después de escuela. Esta gama de experiencia amplia nuestra capacidad para alcanzar el espectro de educación a atletismo, destrezas de socialización a memorable diversión. Nuestras oportunidades de aprendizaje con base de enriquecimiento académico que hacen una conexión entre el nivel académico del día escolar, actividades y proyectos prácticos infunden nuestro programa con entusiasmo para los estudiantes. Nuestros eventos únicos, participación de padres, asociaciones comunitarias y continua fiabilidad hacen que CHAMPIONS sobre salga de los todos los demás programas.

CHAMPIONS se esfuerza para crear experiencias donde los estudiantes se sientan con confianza para explorar nuevas ideas acerca de si mismos y su comunidad; creamos programas donde los padres de familia se sienten asegurados que su hijo(a) esta aprendiendo en un ambiente y de una forma positiva. Nuestra meta es crear y propiciar programas seguros, organizados y educativos. Para asegurar la matriculación de su hijo(a) en el programa después de escuela de Rancho Minerva, favor de asegúrese que **TODO** la solicitud sea devuelta completa y sin errores. No vamos a poder aceptar a su hijo(a) sin el papeleo necesario. Requerimos que se llene una solicitud para cada hijo(a) que usted desea matricular.

Si tiene alguna pregunta o comentario, favor de comunicarse a [wanda@championsusa.com](mailto:wanda@championsusa.com) o (310) 671-4400 Ext. 23. Estamos deseando poder trabajar con su hijo(a).

Muchas Gracias,

Brad Lupien, M.Ed, Co-Presidente

Wanda Williams – Directora Ejecutiva de Programas Después de Escuela

Pernel Martin- Directora de Programas de después de escuela de Bulls Club



Favor de  
marcar cada  
caja al leerla:

## LIBERACION DE DESPUES DE ESCUELA

- Entiendo que con cada programa tal como este se implican algunos riesgos, aunque las precauciones apropiadas se lleven acabo para prevenir accidentes. Por lo tanto, yo mis herederos y el niño(a) siendo registrado(a) por la presente renuncia y libera a CHAMPIONS y a Rancho Minerva Middle School de todas las demandas por daños y perjuicios con relación a este programa.
- Mi hijo(a) y yo entendemos que el uso de tabaco, alcohol o drogas de cualquier tipo queda estrictamente prohibido durante este programa. Entiendo que si a mi hijo(a) lo encuentran con cualquier de estos artículos o se le sospecha de su posesión, renuncia a su derecho de participar en el programa y será necesario que yo lo saque de la escuela en esa ocasión. En tal caso, si el niño(a) es expulsado(a), no se hará ningún reembolso.
- Entiendo que CHAMPIONS reserva el derecho de cancelar o cambiar programas o actividades puestas en el itinerario cuando sea necesario.
- Entiendo que CHAMPIONS no se hace responsable por la perdida o los daños a las pertenencias personales de mi hijo(a).
- Concedo el permiso para que mi hijo(a) sea llevado(a) fuera del establecimiento de Rancho Minerva de vez en cuando con CHAMPIONS a visitar el parque, patio de recreación y otras excursiones con enfoque académico. A veces, estoy de acuerdo que se me pedirá firmar un permiso para el evento o programa.
- Estoy de acuerdo a hacerme completamente responsable, económicamente y/o de otra manera, por la conducta de mi hijo(a). A fin de hacer la participación de cada estudiante divertida, segura y una experiencia gratificante, tenemos altas expectativas para la actitud y conducta de nuestros estudiantes. Entiendo que no habrá reembolso si mi hijo(a) es expulsado(a) del programa porque su comportamiento o conducta es considerada insatisfactorio o si, en la opinión exclusiva de el/la director(a), la presencia de cierto estudiante no es conveniente para el programa.
- Todas las fotografías en relación al programa CHAMPIONS son únicamente y exclusivamente propiedad de CHAMPIONS y pueden ser utilizadas en cualquier material promocional.
- Reconozco que he recibido el Manual para Padres del Programa Después de Escuela CHAMPIONS, he leído el manual y entiendo la información contenida en el manual. (El manual esta en el sitio de CHAMPIONS [www.championsusa.com](http://www.championsusa.com))
- Si necesitamos considerar alguna información especial sobre su hijo(a) (Ej. De alimentación, tarea, preocupaciones sobre su salud o conducta, otro padre responsable por costos), favor de marcar la caja y añada una breve nota con su explicación.

---

Firma de Padre o Tutor

---

Fecha



**FORMULARIO DE INSCRIPCION DE CUIDADO PARA ESTUDIANTES DE EDAD ESCOLAR**

**Programa:** CHAMPIONS & Rancho Minerva Middle School

Cuidado de Edad Escolar

Nombre del niño(a) (Favor, llene una solicitud por cada niño(a): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Edad cuando ingreso (por lo menos deberá haber comenzado K): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Idioma principal: \_\_\_\_\_

Marcas de Identificación: \_\_\_\_\_

Alergias/Dieta Especial: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE PADRES O TUTOR:**

Nombre de padre/tutor: \_\_\_\_\_ Nombre de padre/tutor: \_\_\_\_\_

Relación al niño(a): \_\_\_\_\_ Relación al niño(a): \_\_\_\_\_

Domicilio de casa: \_\_\_\_\_ Domicilio de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Nombre de trabajo: \_\_\_\_\_ Nombre de trabajo: \_\_\_\_\_

Domicilio de trabajo: \_\_\_\_\_ Domicilio de trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Horas de trabajo: \_\_\_\_\_ Horas de trabajo: \_\_\_\_\_

**INFORMACION ADICIONAL:**

Medico/clínica del niño(a): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Condiciones criticas de salud: \_\_\_\_\_

Cuidados o Limitaciones especiales: \_\_\_\_\_

Tiene su hijo(a) Un Plan de Educación Individualizado (IEP): Si — No — (Favor de proveer una copia a CHAMPIONS si puso si)

Escuela: Rancho Minerva Middle School

Domicilio de Escuela: 2245 Foothill Drive, Vista, CA 92084

Certifico que la documentación de exámenes físicos y vacunas que va de acuerdo con los requisitos de salud de las escuelas publicas y la proyección de veneno de plomo que va de acuerdo con los requisitos del departamento de salud publica están archivados en la escuela de mi hijo(a).

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



## TARJETA DE INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio del niño(a): \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES PARA COMUNICARSE CON LOS PADRES O TUTOR:

1. \_\_\_\_\_

(Nombre, Domicilio, Número Telefónico)

2. \_\_\_\_\_

(Nombre, Domicilio, Número Telefónico)

### PEDIATRA O FUENTE DE CUIDADO MEDICO:

1. \_\_\_\_\_

(Nombre de Medico, Domicilio, Numero Telefónico)

### PERSONA(S) PARA CONTACTAR EN EMERGENCIA:

1. \_\_\_\_\_

(Nombre, Domicilio, Número Telefónico)

2. \_\_\_\_\_

(Nombre, Domicilio, Número Telefónico)

### TRATAMIENTO MEDICO EN CASO DE EMERGENCIA

Por la presente le doy permiso a **CHAMPIONS: Adventure, After School & Sports Programs** permiso para administrar primeros auxilios y/o reanimación cardio pulmonar (CPR) a mi hijo(a) \_\_\_\_\_ y/o lleven a mi hijo(a) a: \_\_\_\_\_, al hospital para atención medica cuando no me puedan comunicar o cuando tardanza sea peligrosa para la salud de mi hijo(a)..

\_\_\_\_\_  
(Firma de Padre o Tutor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

### INFORMACION DE ASEGURANZA (OPTIONAL)

Nombre de Compañía: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_ Instrucciones Especiales: \_\_\_\_\_



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE MEDICAMENTOS**

**102 CMR 7.05(2)(c)**

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Prescripción: \_\_\_\_\_ Sin-Prescripción: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

Días que se da el medicamento: \_\_\_\_\_

Hora que se da el medicamento: \_\_\_\_\_

Razones de tomar medicamento: \_\_\_\_\_

Posibles efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Nombre y numero telefónico de medico solicitante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Instrucciones para guardar medicamento: \_\_\_\_\_

**Yo \_\_\_\_\_, (padre o tutor) doy permiso y autorización para que los miembro(s) de personal de CHAMPIONS le administren el medicamento a mi hijo(a) como indique arriba.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Firma del Medico \_\_\_\_\_  
(Para medicamentos sin prescripción)



**FORMULARIO DE PRIMEROS AUXILIOS Y ATENCION MEDICA EN CASO DE EMERGENCIA PARA EL CUIDADO DE ESTUDIANTES DE EDAD ESCOLAR**

**102 CMR 7.09(3)**

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Autorizo al personal del programa de cuidado para estudiantes de edad escolar que están capacitados en los primeros auxilios básicos a proveerle primeros auxilios a mi hijo(a) cuando sea necesario.

Entiendo que cada esfuerzo se hará para contactarme en caso de una emergencia donde atención medica sea necesaria para mi hijo(a). Sin embargo, si no me pueden comunicar, por la presente autorizo al programa a transportar a mi hijo(a) al centro de atención medica mas cercana y a asegurar el tratamiento necesario para mi hijo(a).

Nombre del Medico: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Numero Telefonico: \_\_\_\_\_

Alergias de mi hijo(a): \_\_\_\_\_

Condiciones de salud criticas: \_\_\_\_\_

Contactos en Caso de Emergencia (En orden que desea que sean comunicados)

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Relación al niño(a): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Autoriza que su hijo(a) sea entregada a esta persona? Si\_\_\_ No\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Relación al niño(a): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Autoriza que su hijo(a) sea entregada a esta persona? Si\_\_\_ No\_\_

3. Nombre: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Relación al niño(a): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Autoriza que su hijo(a) sea entregada a esta persona? Si\_\_\_ No\_\_

Cobertura de Aseguranza Médica: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre(s): \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Cell: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre(s): \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Cell: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha