

# Inscripción de EdBoost 2017-2018

Tel: 310/559-1991 • Fax: 323/345-6473 • www.edboost.org

Office use only:

Date: \_\_\_\_\_

Complete: \_\_\_\_\_

Apellido del Niño/a: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Padre, Madre o Tutor Legal #1's** Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Padre #1 Teléfono de trabajo : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Padre #1's Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Padre #2** Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Padre #2 Teléfono de trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Padre #2's Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Padre #2 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

(Si no coincide con padre #1)

## INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del médico: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del seguro de salud: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Haga una lista de problemas médicos o alergias de los cuales debemos ser conscientes de: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene alguna necesidad especial? Si  No  En caso afirmativo, por favor de explicar: \_\_\_\_\_

## CONTACTOS DE EMERGENCIA

Si los padres del hijo o tutores no pueden ser contactados, ¿a quién debemos llamar? (Por favor, rellene todos los espacios en blanco)

Nombre #1: \_\_\_\_\_ Nombre #2: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre de un Contacto Fuera del Estado: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## COMPARTIR EL VIAJE AL DÍA (CARPOOL)/ INFORMACIÓN DE SALIDA

Los niños sólo se dará a conocer en el cuidado de los padres o los que se indican a continuación. Vamos a suponer que usted se atiene a este plan a menos que usted nos informe por escrito con 24 horas de antelación. La gente que no sea yo, que puede recoger a mi hijo (por favor incluya segundo padre):

Nombre #1: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre #2: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre #3: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Mi hijo/a puede ser liberado de EdBoost para hacer compras en nuestro centro comercial: \_\_\_\_\_  
(Inicial si procede)

Mi hijo puede ser liberado de EdBoost a caminar o llevar a casa el transporte público, o esperar afuera después de las horas: \_\_\_\_\_  
(Inicial si procede)

## LIBERACION DE EMERGENCIA (si es la misma a COMPARTIR EL VIAJE AL DÍA (CARPOOL)/ INFORMACIÓN DE SALIDA, marque aquí )

En el caso de una emergencia local, doy mi permiso para que mi hijo sea recogido por las siguientes personas solamente. NOTA: Si usted no completa esta sección (o marcar la casilla), su hijo sólo se le permitirá salir con un padre durante una emergencia.

Nombre #1: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre #2: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Por favor de llenar los dos lados de esta forma**

## ACUERDO

Yo, \_\_\_\_\_, soy el padre ( o guardián legal) de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_ **ESTOY DE ACUERDO** Estoy de acuerdo en disponer EdBoost una notificación por escrito (ya sea en forma de una nota, carta, correo electrónico, fax, o un formulario de inscripción completado recientemente) de cualquier cambio en la información arriba mencionada.

\_\_\_\_ **YO PERMITO** Yo permito que mi hijo sea tomado una foto o imagen que se utilizará en todos los materiales promocionales o de mercancía producido por EdBoost o por cualquier otro organismo que actúe para EdBoost.

\_\_\_\_ **ESTOY DE ACUERDO** de pagar la matrícula para los programas o cursos en los que mi hijo está inscrito.

\_\_\_\_ **YO ENTIENDO** que la matrícula de *Edboost* debe ser pagada por todos los servicios prestados, y que reembolsos no serán dados por la pérdida de citas de tutoría y de asistencia de tarea y proyectos de escuela.

\_\_\_\_ **HE LEIDO Y ENTENDIDO** las pólizas y procedimientos de *EdBoost* y estoy de acuerdo en cumplir con ellos. Las pólizas y procedimientos de *EdBoost* se encuentran disponible en *EdBoost* o en la página de Internet: [www.edboost.org/PoliciesProcedures.pdf](http://www.edboost.org/PoliciesProcedures.pdf).

\_\_\_\_ **YO EXPRESAMENTE DOY LIBERACION** y descarga a *EdBoost* Education Corporation y su personal, voluntarios, directores, administradores y miembros del Consejo de Administración de cualquier obligación o responsabilidad por los daños causados por lesiones relacionadas con cualquiera y todas las actividades de *EdBoost* y programas, que no sea responsabilidad o responsabilidad que surja como resultado de una negligencia grave o conducta dolosa.

\_\_\_\_ **DOY MI CONSETIMIENTO** para que mi hijo vaya a casa con las personas mencionadas anteriormente durante una emergencia local. En el caso de una emergencia médica y si no se puede llegar, AUTORIZO un miembro del personal *EdBoost* dar su consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestesia, médico o quirúrgico diagnóstico o el tratamiento y la atención hospitalaria que se rendirá a mi hijo, por un profesional adecuado médico o dental. Además, entiendo que seré financieramente responsable de todos los gastos y honorarios incurridos en la prestación de dicho tratamiento de emergencia, independientemente de si o no mi seguro médico cubrirá dichos gastos y honorarios.

\_\_\_\_ **YO DOY MI CONSETIMIENTO** para *EdBoost* para solicitar las calificaciones de mi hijo y resultados de las pruebas de LAUSD (si el estudiante es un estudiante de LAUSD) para *EdBoost* a utilizar para fines de evaluación. *EdBoost* no revelará ninguna información personal de su estudiante por cualquier motivo. *EdBoost* sólo utilizará la información en conjunto para evaluar los programas de *EdBoost* para el éxito de elevar las calificaciones y resultados de las pruebas.

\_\_\_\_ **ESTOY DE ACUERDO** de disponer a *EdBoost* con las copias de las boletas de calificaciones de mi hijo y los resultados de las pruebas estandarizadas, siempre y cuando mi hijo asiste a *EdBoost*.

\_\_\_\_ **YO ENTIENDO** que *EdBoost* podrá denunciar el presente Acuerdo en cualquier momento y por cualquier razón. El hecho de que los estudiantes o los padres a que se adhieran a los términos de las políticas de este Acuerdo o *EdBoost* y procedimientos pueden resultar en la terminación del presente Acuerdo.

### Uno a Uno y Tutoría de Solamente Preparación de Exámenes

\_\_\_\_ **YO ENTIENDO** que tengo que cancelar citas de tutoría por lo menos **24 horas** de adelantado con el fin de evitar ser cargado de la sesión.

\_\_\_\_ **YO ENTIENDO** que si quiero volver a reprogramar una cita, tengo que reprogramar por lo menos **24 horas** por adelantado con el fin de evitar ser cargado por la sesión.

\_\_\_\_ **YO ENTIENDO** que puedo cancelar mi cita si mi **hijo(a) esta enfermo**, pero estoy de acuerdo para ofrecer la máxima anticipación posible, si hay aviso, no se le cobrará.

\_\_\_\_ **YO ENTIENDO** que si tengo que cancelar una cita por motivos distintos de la enfermedad de mi hijo(a), debo de llamar para cancelar la cita. Si le doy **menos de 24 horas** de anticipación, es posible que seré cobrado por la cita, pero a la tarifa de mi beca.

\_\_\_\_ **YO ENTIENDO** que puedo dar aviso por correo electrónico ([edboost@edboost.org](mailto:edboost@edboost.org)) o por teléfono (310-559-1991) y si me dejan un mensaje con un tutor o la maquina de contestar voy a ser acreditado por haber avisado.

\_\_\_\_ **YO ENTIENDO** que debo proveer aviso de **24 horas** si voy a retirar mi hijo de tutoría. Si mi hijo(a) falta dos sesiones consecutivas (sin llamar a alertar el equipo de *EdBoost*) *EdBoost* quitara a mi hijo(a) del programa, pero todavía seré cobrado por la so sesiones perdidas.

\_\_\_\_ **YO ENTIENDO** que si cancelo mas de **5** citas durante el año escolar, por cualquier razón, *EdBoost* puede **suspender** mi hijo(a) de los servicios de *EdBoost* hasta nuevo aviso.

\_\_\_\_ **YO ENTIENDO** que las sesiones de tutoría comienzan a partir de la hora especificada y la duración es de 60 minutos (o la cantidad de tiempo especificado Entiendo que si mi hijo llega tarde, él / ella pierde parte de su período de sesiones de tutoría. Si mi hijo tiene más de 10 minutos de retraso, su tutor podrá cancelar la sesión y se le cobrará por ese período de sesiones.

\_\_\_\_ **YO ENTIENDO** que hay un periodo de 15 minutos de gracia antes y después de clases (los estudiantes pueden llegar 15 minutos antes o permanecer 15 minutos después – a excepción de citas de tutoría que terminan a las 6:30). Los estudiantes que llegan a mas de 15 minutos mas temprano o quedarse mas de 15 minutos serán **automáticamente inscritos en la Ayuda de Tareas** por el día y las familias serán cargadas acordadamente.

### Asistencia de Tarea y Proyectos de Escuela (HASPA) Solamente

\_\_\_\_ **YO ENTIENDO** que se me cobrará \$ 1 por cada minuto que mi hijo se mantiene en *EdBoost* después de 06:35.

\_\_\_\_ **YO ENTIENDO** que *Edboost* es un centro educativo. Mi hijo(a) puede permanecer en *Edboost* hasta que la sesión de Asistencia de Tarea y Proyectos de Escuela termine a las 6:30 solamente que el/ella no sea un distracción para los otros estudiantes y que se dedique a una actividad educativa. Si mi hijo se distrae a otras personas y no participa en las actividades educativas, se le pedirá que llame a un padre o guardián. Mi hijo(a) entonces esperara en la sala de espera hasta que yo, o una de las personas en la forma pueda recogerlo(a). Los estudiantes deben ser recogidos dentro de 30 minutos.

\_\_\_\_ **MI HIJO(A) HA LEIDO Y ENTIENDE** el contrato de HASPA y entiende que incumplimiento de estas reglas resultara en advertencias, suspensión o expulsión. El contrato de HASPA es disponible en [www.edboost.org/HASPAStudentContract.pdf](http://www.edboost.org/HASPAStudentContract.pdf) .

\_\_\_\_ **YO ENTIENDO** que si mi hijo es suspendido o expulsado de *EdBoost* por la violación de las reglas o pólizas en el Contrato de Estudiantes, no voy a recibir un reembolso.

\_\_\_\_ **YO ENTIENDO** que la primera semana de mi hijo(a) en Asistencia de Tarea y Proyectos es una semana de prueba. Si mi hijo(a) no cumple con las reglas del Manual del Estudiante, mi hijo no será formalmente admitido en el programa y voy a recibir un reembolso (menos de una semana).

\_\_\_\_ **YO ENTIENDO** que podemos inscribirnos para asistencia de tareas sobre una base diaria, semanal, mensual o trimestral. Yo avisare si mi hijo no va a seguir asistiendo a HASPA. Entiendo que todos los meses están llenos, 4 semanas, meses, excepto Diciembre y Junio, que se prorratan a 3 semanas.

**YO HE LEIDO Y ENTENDIDO** esta forma, y la información que he dado es verdadera y correcta.

Firma del Padre o Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Por favor de llenar los dos lados de esta forma**