

**Aftershock**  
**2021-2022. FORMA MATRICULACIÓN**

Niño/a Nombre Legal: Apellido \_\_\_\_\_, Primero \_\_\_\_\_ 2n Inicial \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ M/F \_\_\_\_\_

Casa Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Grado \_\_\_\_ Salon Principal Maestra/o \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_, NE 68 \_\_\_\_\_

Padre o Guardian \_\_\_\_\_ Madre o Guardian \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_, NE 68 \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_, NE 68 \_\_\_\_\_

Casa Teléfono \_\_\_\_\_ Casa Teléfono \_\_\_\_\_

Empresario \_\_\_\_\_ Empresario \_\_\_\_\_

Trabajo Teléfono \_\_\_\_\_ Trabajo Teléfono \_\_\_\_\_

Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SALUD**

Alergias o Restricciones \_\_\_\_\_

Medicamentos \_\_\_\_\_

**\* Medicamento de Emergencia usado durante el día escolar no es accesible despues de escuela despedida. Areglos se tienen que hacer con el Personal Despues de la Escuela para dispersar medicamento.**

Preocupaciones Especiales \_\_\_\_\_

(Por favor listar cualquier información que seria ayudable en el cuidado de su niño/a.)

---

**CONTACTOS DE EMERGENCIA aparte de padres – (DOS CONTACTOS DE EMERGENCIA REQUERIDO)**

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Casa Teléfono \_\_\_\_\_ Casa Teléfono \_\_\_\_\_

Trabajo Teléfono \_\_\_\_\_ Trabajo Teléfono \_\_\_\_\_

Relacion \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Doctor Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

---

**LIBERACIÓN MEDICA/CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN** *Yo por la presente autorizo a las Norfolk Escuelas Publicas Programa Despues de la Escuela Personal llevar a mi niño/a al doctor mencionado arriba o a Faith Regional Servicios de Salud o otra instalación medica en el evento de una emergencia en lo cual ningun padre se pueda localizar. Yo tambien doy consentimiento y autorización para todo personal de las Norfolk Escuelas Publicas y personal de Despues de la Escuela a compartir información intercambiable necesaria, reportes medicos y historia acerca de la salud de mi niño/a, condición medica y tratamiento durante el día escolar. Esta autorización pertenece solamente a información que sea necesaria para proteger la salud o seguridad de mi niño/a o otros individuales.*

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

---

**POR MEDIO DE FIRMANDO ESTO YO ESTOY DE ACUERDO A LO SIGUIENTE:**

1. Yo doy mi permiso para mi niño/a estar matriculado/a en las Norfolk Escuelas Publicas – Despues de la Escuela Programa actividades. Yo entiendo que participación en el programa es opcional y contingente a los terminos y condiciones.
2. Yo tengo que notificarle a las Norfolk Escuelas Publicas Programa por adelantado o llamar al teléfono celular para las 2:00 pm y dejar un recado para el personal que mi niño/a no va a estar presente.
3. Yo entiendo que las Norfolk Escuelas Publicas – Despues de la Escuela Programa no carga aseguranza de salud y accidente para mi niño/a, y que yo como guardian voy a ser principalmente responsable en el caso de lesion donde cuentas son contraidas.
4. Yo doy permiso para las Norfolk Escuelas Publicas – Despues de la Escuela Programa trasladar a mi niño/a para el propósito de cuidado medico y otras actividades del programa.
5. Yo doy permiso para las Norfolk Escuelas Publicas – Despues de la Escuela Programa usar el nombre, cualquier fotos, videos, escrituras, trabajo de arte, etc. de mi niño/a para los propósitos de comercialización, publicidad para el programa y actividades, y documentación de evaluación instruccional.
6. Yo entiendo que las Norfolk Escuelas Publicas Programa cierra a las 6:00 p.m. y va ver un periodo de gracia de cinco minutos hasta las 6:05 p.m. Además, yo entiendo que falta a recoger a mi niño/a pudiera resultar en suspension del programa y/o notificación a los oficiales de la ley cuando necesario.
7. Yo estoy de acuerdo a todos los terminos y condiciones listados en esta y entiendo que mi niño/a pueda ser suspendido/a o despedido/a por falta de seguir las reglas, falta a participar y falta a seguir procedimientos de operando general de las Norfolk Escuelas Publicas – Despues de la Escuela Programa. Como padre/madre/guardian, yo voy a leer el Manual de Padre y trabajar como un asociado/a con las Norfolk Escuelas Publicas – Despues de la Escuela Programa Personal para asegurar que mi niño/a sea exitoso/a en el programa.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Madre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Las Norfolk Escuelas Publicas Programa provee una oportunidad igual para matriculación para todo niño/a y no va a discriminar en la basis de origen, fe, raza, *minusválías*, o genero.**



**a misión de Aftershock es proporcionar un ambiente de aprendizaje para que las mentes jóvenes crezcan más allá del día escolar a través de la programación intencional.**

**La visión de Aftershock es ser un programa innovador para después de la escuela que proporcione un entorno seguro con personal diverso y preparado y oportunidades de aprendizaje relevantes que involucren a las familias y nuestra comunidad.**

**Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Austin Casselberry al (402) 644-2569 o [aftershock@npsne.org](mailto:aftershock@npsne.org)**