

Rainbow Summer Program
2018 Forma de Inscripción Para Niños

(Por favor complete un formulario para cada niño.)

INSTRUCCIONES: Por favor complete un formulario para cada niño que desee inscribir en el programa *Rainbow Summer Program*. Si información requerida no aplica a su niño(a), marque N/A. Si información requerida no está disponible o no la sabe marque U/A.

Fecha: (Mes/ Día/ Año): _____/ _____/ _____

Nombre del Padre/Guardián: (Apellido, Nombre, Inicial): _____

Parentesco al niño(a): _____

- Madre
- Padre
- Guardian Legal
- Padre de Crianza
- Abuelo/a
- Otro _____

¿Actualmente vive este niño(a) con usted?

- Sí
- No

¿Cuál es la dirección residencial de su niño(a)?

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información Demográfica de su Niño(a)

1. Apellido del niño(a): _____

Primer nombre del niño(a):

Segundo Nombre del Niño(a):

2. Nombre Preferido del Niño(a) o Apodo:

3. Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año): _____/ _____/ _____

4. Genero Sexual:

- Masculino
- Femenino

5. ¿Cuál es el idioma principal de su hijo(a)/idioma nativo (idioma usado en casa)?

6. Raza de su hijo/Etnia (**seleccione solo una**):

- Afro-Americano/Negro, no-Latino
- Nativo Americano/Indígena o Nativo de Alaska
- Asiático-Americano
- Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico
- Latino/Hispano
- Euro-Americano/Blanco, no-Latino
- Etnidad Mixta
- Otra _____

7. **¿Cuál es la talla de la camiseta de su niño?**

- niño pequeño
- niño medio
- niño grande
- niño x-grande
- adulto pequeño
- adulto medio
- adulto grande
- adulto x-grande
- adulto xx-grande
- adulto xxx-grande

8. ¿Tiene su hijo(a) hermanos que actualmente participan en el programa *Rainbow*?

- Sí
- No

9. ¿En qué otras actividades extracurriculares o programas de enriquecimiento participa su hijo(a) durante el verano o año escolar (ej. deportes organizados, música o baile, tutoría académica, clubs, etc.)?

10. ¿Recibe o califica su hijo(a) para almuerzo gratis/precio reducido en la escuela durante el año escolar?

- Sí
- No

11. ¿A qué tipo de escuela atiende su hijo(a)?

- Pública
- Escuela Charter
- Religiosa
- Privada
- Escuela en Casa
- Otro _____

12. ¿Cuál es el nombre y dirección de la escuela a la cual atiende su hijo(a) durante el año escolar?

Nombre:

Ciudad: _____ Estado: _____

13. ¿Qué grado escolar acaba de completar su hijo(a) (2017-18)?

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> K | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 10 |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 11 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 12 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 8 | |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 9 | |

14. ¿Ha estado su hijo(a) en un hogar de crianza (foster care) en algún momento en su vida?

- Sí
 No

Información Académica de Su Hijo(a)

15. ¿Participa su hijo(a) en cualquiera de los siguientes programas educacionales (seleccione todo lo que aplique)?

- Educación Bilingüe
 ESL/LEP
 Educación Especial
 Dotado y Talentoso
 Otro _____

16. ¿Le ha informado su doctor, un profesional de la salud, maestro, u oficial de la escuela alguna vez que su hijo(a) tiene una discapacidad de aprendizaje?

- Sí
 No

Si sí, por favor explique:

17. ¿Ha repetido, alguna vez, su hijo(a) un grado?

- Sí
 No
 Se desconoce

18. ¿Cuál es el nivel de desempeño en lectura de su hijo(a)?

- Superior al Grado
- De Acuerdo al Grado
- Por Debajo del Grado
- No Aplica
- Se Desconoce

Información Médica del Niño(a)

19. ¿Tiene su hijo(a) aseguranza médica?

- Sí
- No

Si sí, por favor enliste los datos requeridos a continuación:

Compañía de Seguro Medico:

Por favor explique cualquier procedimiento especial que debemos seguir en el evento que su hijo(a) sufra una emergencia médica:

20. ¿Tiene su hijo/hija alguna alergia?

21. ¿Le ha confirmado, alguna vez, un doctor o profesional médico que su hijo(a) tiene una de las siguientes condiciones medicas o discapacidades?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas con los músculos, huesos, articulares |
| <input type="checkbox"/> Problemas auditorios | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Problemas de visión | <input type="checkbox"/> Autismo |
| <input type="checkbox"/> Transtorno de Déficit de Atención (ADD) | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Transtorno Hiperactivo de Déficit de Atención (ADHD) | <input type="checkbox"/> Alergia |
| <input type="checkbox"/> Depresión o problemas de ansiedad | <input type="checkbox"/> Otras restricciones médicas/discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento o conducta | |

Cualquier retraso en su desarrollo o deficiencia física (por favor describa debajo)

22. ¿Usa su hijo(a) medicamento recetado por un doctor?

- Sí
- No

Si sí, por favor incluya una lista del medicamento:

23. Si hay información adicional que desea proveer acerca de su hijo(a) por favor indique aquí.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que su hijo/hija participe en el Programa de Rainbow este verano de Junio 11 a Julio 20, 2018.

(firma)

(fecha)