

# ÉXITO EN SEXTO GRADO

## Programa de Transición de Verano para los Estudiantes de Sexto Grado Registración

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela primaria a la que asistió \_\_\_\_\_ Genero F \_\_\_ M \_\_\_

Escuela secundaria a la que asistirá \_\_\_\_\_

Nombre de padre/tutor legal \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa \_\_\_\_\_ de celular \_\_\_\_\_ del trabajo \_\_\_\_\_

Voy a necesitar transporte para asistir a este programa de transición (escoja uno):    SÍ        NO

Parada de camión de la cual vivo más cerca: \_\_\_\_\_

**\*\*Vea la hoja incluida con las paradas del camión para cada secundaria. La información acerca del transporte será incluida en la carta de confirmación que recibirá dos semanas antes del programa. \*\***

### INFORMACIÓN DE EMERGENCIA:

**\*Tiene que incluir toda la información y se mantendrá confidencial\***

Doctor \_\_\_\_\_ número de teléfono \_\_\_\_\_

Dentista \_\_\_\_\_ número de teléfono \_\_\_\_\_

Hospital de preferencia \_\_\_\_\_

Contactos alternos en caso de emergencia:

Nombre	Relación	número de teléfono
--------	----------	--------------------

Nombre	Relación	número de teléfono
--------	----------	--------------------

Si tomas medicamentos (por favor anota el nombre, la dosis y la hora en que los debes tomar)

Condición Médica (incluyendo alergias) \_\_\_\_\_

- Yo doy mi entero consentimiento a las Escuelas Públicas de Des Moines de utilizar mis fotografías, grabaciones, o videos de mi persona mientras participaba en ÉXITO EN SEXTO GRADO, para cualquier actividad promocional/reconocimiento del programa o del distrito escolar sin reclamo de pago alguno.
- Yo asumo toda la responsabilidad por cualquier accidente o herida que ocurra, y absuelvo a los empleados de las Escuelas Públicas de Des Moines y otros consultores educativos que proveen servicios relacionados con el programa de transición a la secundaria de toda responsabilidad. Yo entiendo que las Escuelas Públicas de Des Moines y otros empleados no son responsables para artículos personales extraviados o robados. En caso de un accidente, una herida, o una enfermedad súbita y no me pueden contactar; yo pido que el cuidado médico necesario sea iniciado. Nuestro Doctor/Dentista podrá ser contactado en caso de tratamiento médico o según sea necesario y lo autorizo ha de ser necesario compartir información requerida. Los padres/estudiante es responsable por todos los gastos médicos.
- También doy mi consentimiento para que los empleados de las Escuelas Públicas de Des Moines y otras agencias que sean parte del programa de transición a la secundaria provean transporte durante el transcurso de su participación en el programa de ÉXITO EN SEXTO GRADO.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Por favor entregue la registración a su maestro (a) de quinto grado a más tardar el 31 de Mayo.  
Si tiene alguna pregunta por favor contacta a la SUCCESS case manager (administradora de casos al éxito) de la escuela secundaria donde asistirás.**