

BRILLO BAJO EL SOL '22



EL Programa de Verano, Brilla Bajo el Sol es un programa para estudiantes en grados TK a 8vo en el año escolar 2021-2022. El propósito del programa Brilla Bajo el Sol es complementar el aprendizaje académico de los jóvenes de nuestra comunidad y fortalecer nuestra comunidad mediante la promoción del compañerismo y el liderazgo, así como proporcionar un ambiente divertido y seguro para los jóvenes.

Nombre del estudiante Apellido Primer Fecha de Nacimiento Grado completado (2022)

Escuela que asistió últimamente Lenguaje Primario Tienen un IEP el estudiante: Si No

Raza: Mexicano Puertorriqueño Cubano Vietnamita Filipino Chino Negro o afroamericano Blanco
 Otra: _____

Estudiante vive con: Madre Padre Los Dos **Guardián Talla de Camisa:** YS YM YL S M L XL XXL

Nombre de Madre completo # de casa # de celular correo electrónico de madre No

Nombre de padre completo # de casa # de celular correo electrónico de padre

Dirección # de Apt Ciudad Estado código postal

INFORMATION DE CONTACTO EN CASO DE UN EMERGENCIA – Una persona aparte de los padres en cuales nos podemos comunicar en caso de una emergencia

Nombre de la persona # de celular/ casa relación al estudiante

Yo, padre/guardián del estudiante mencionado arriba, de hoy en adelante, le doy permiso para participar en los eventos mencionados y dirigí a mi hijo(a) a cooperar con empleados de el programa de Amigos. Estoy de acuerdo si mi hijo(a) se lastima participando en eventos o actividades incluyendo transportación ir y venir de la escuela, no importa si los causo una persona trabajando por el colegio o valdes, recursos para pagos viene primero de sus propias seguranzas. Si no puedes comunicarse con nosotros, le damos permiso a los maestros, lideres para autorizar por su firma tratamiento medica si necesario por el doctor para el beneficio de mi hijo(a).

No estoy consiente que mi hijo(a) tiene una condición medica que no dejara el/ella que participar en cualquiera actividad. Haga una lista de medicamentos o condiciones medicas de su hijo(a):

_____ NO TIENEN NINGUN PROBLEMA/NESECIDAD MEDICO

Nombre de doctor plan medico # de plan # de teléfono del doctor

Firma de padre/guardián Fecha

El programa se llevará a cabo en la escuela ACE Empowerment Academy 625 S Sunset Ave. San Jose CA 95116. Por favor regrese esta forma a la oficina de Amigos de Guadalupe localizada 1897 Alum Rock Ave. Suite # 35 San José CA 95116.
Para más información, por favor llame al (408) 341-6080

Staff Only Date Received: _____ Time: _____ Initials: _____