

2025-2026
SUPER CIENCIA DEL SR. RICH
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
Martes 2:45 - 4:00
19 de agosto a 9 de septiembre
Costo: \$120

Información del estudiante:

Nombre: _____ Grado actual: _____

Nombre del maestro: _____ Escuela: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Etnia: _____

¿Su hijo/a participa en: ELL _____ SPED _____ Almuerzo
gratuito/reducido _____

¿Su hijo/a asiste al programa MAC? AM _____ PM _____ AMBOS _____

Tutor principal: _____

Correo electrónico _____

Domicilio: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____

Lugar de trabajo: _____ Teléfono del trabajo:

Método de contacto preferido: Email _____ Mensaje de texto _____ Llamada telefónica _____

Médico del niño: _____ Teléfono: _____

¿Están las vacunas y el historial médico de su hijo/a al día y archivados en la escuela?
S____ N____

Por favor, describa TODAS las inquietudes médicas, conductuales o académicas (incluya cualquier alergia):

Información para recoger al niño/a:

Para garantizar la seguridad de su hijo/a, por favor indique todos los adultos con quienes puede ser entregado/a su hijo/a. (Debe tener al menos 17 años)

Nombre

Parentesco

Número de teléfono

Información de emergencia:

La persona que se indica a continuación está autorizada para actuar en nombre de los padres en caso de emergencia. **(NO PUEDEN SER LOS PADRES)**

Nombre: _____ Parentesco: _____

Número(s) de teléfono: _____

POLÍTICA DE AUTORIZACIÓN DE FOTOS: Gentry's utiliza las fotos de los estudiantes en el sitio web de la Fundación Educativa Gentry's, artículos promocionales, comunicados de prensa y redes sociales. Publicamos solo fotos y nombres, a menos que los padres soliciten lo contrario.

He leído y comprendido la política de autorización de fotos de la Fundación Educativa Gentry's. Marque una opción:

_____ Sí, Gentry's tiene permiso para usar la foto de mi hijo/a.

_____ NO, Gentry's NO tiene permiso para usar la foto de mi hijo/a.

Consentimiento de los padres/tutores para participar en la encuesta estudiantil

El Departamento de Educación de Tennessee colabora con la Oficina de Investigación y Servicio Público de Trabajo Social de la Universidad de Tennessee para evaluar los programas de aprendizaje extendido financiados por las subvenciones de los Centros de Aprendizaje Comunitario del Siglo XXI Nita M. Lowery y los Programas Extraescolares de la Lotería para la Educación. Parte de la evaluación incluye una encuesta para estudiantes de 3.º a 12.º grado. La encuesta es anónima: no se le pedirá a su hijo/a que proporcione su nombre al completarla. La encuesta pregunta sobre la experiencia de su hijo/a con el programa de aprendizaje extendido y su respuesta contribuirá a la continuidad de la programación de alta calidad. Puede consultar la encuesta en TN-ELAP.org/UserNews.

Indique a continuación si consiente que su hijo/a participe en la encuesta.

_____ Sí, consiento que mi hijo/a participe en la encuesta estudiantil.

_____ NO, no consiento que mi hijo/a participe en la encuesta estudiantil.

Lea atentamente la información a continuación, firme y feche cada declaración con sus iniciales.

- ____ He recibido una copia del Manual Familiar de la Fundación Educativa Gentry's y un resumen de las Normas y Reglamentos del Departamento de Educación de Tennessee. (Se proporciona al momento de la inscripción).
- ____ Gentry's no es un programa de cuidado infantil. Somos un programa de aprendizaje extendido y recibimos subvenciones para funcionar como tal.
- ____ Al completar este formulario y pagar la cuota de inscripción, mi hijo/a estará inscrito en Gentry's. Es mi responsabilidad actualizar la información contenida en este formulario según sea necesario. Entiendo que la cuota de inscripción no es reembolsable bajo ninguna circunstancia.
- ____ Autorizo a la Fundación Educativa Gentry's a acceder al expediente académico de mi hijo/a, incluyendo calificaciones, resultados de exámenes estandarizados, registros de asistencia y conducta estudiantil. Esta información se mantendrá confidencial y no se utilizarán nombres en los informes públicos.
- ____ En caso de emergencia, autorizo al personal de Gentry's a garantizar el tratamiento médico adecuado para mi hijo/a. Si no se me puede localizar, por la presente autorizo al personal de emergencias seleccionado por el personal de Gentry's a solicitar radiografías, pruebas de rutina y tratamiento para la salud de mi hijo/a. También autorizo al personal de emergencias a hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado y solicitar inyecciones, anestesia o cirugía para mi hijo/a. Acepto pagar todos los costos y honorarios que dependan de la atención médica o el tratamiento que mi hijo/a requiera. Gentry's hará todo lo razonablemente posible para notificar a los padres/tutores de inmediato en caso de emergencia.
- ____ Entiendo que todos los niños inscritos en el programa de Gentry's deben seguir las normas establecidas por Gentry's para garantizar la seguridad y el buen funcionamiento del programa.
- ____ Acepto pagar las cuotas anuales del programa en la sede donde asistirá mi hijo/a.
- ____ Entiendo que los pagos vencen el primer día de cada semana, de agosto a abril.
- ____ Autorizo el uso y la divulgación de la información médica de mi hijo/a para obtener tratamiento médico. Entiendo que Gentry's ofrece seguro de responsabilidad civil para todos sus programas. Es mi responsabilidad proporcionar seguro médico y de accidentes para mi/mis hijo/s inscritos/as y participantes en el programa.
- ____ Entiendo que a ningún estudiante se le negará la oportunidad de inscribirse por dificultades económicas o incapacidad de pago. Las solicitudes de becas totales o parciales deben presentarse por escrito al Director/a de la sede utilizando el formulario aprobado.
- ____ Entiendo que mi hijo/a debe asistir al menos una hora al día al programa.
- ____ Autorizo a mi hijo/a a ver programas de televisión, vídeos, películas y DVD con clasificación G.
- ____ Autorizo a mi hijo/a a participar en todas las actividades de Gentry's.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____