

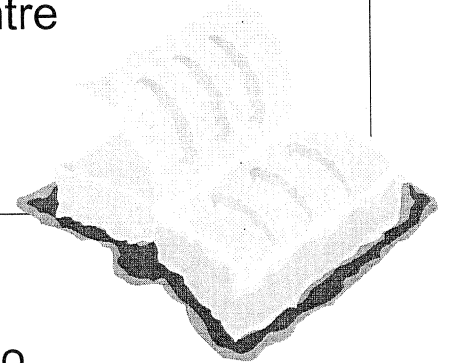
**El programa de después de escuela  
del Comité de Hyde Square  
para niños en los grados 1-5  
empezará el 5 de octubre**

**POR FAVOR PONER SUS APLICACIONES EN:**

- La oficina de la escuela JFK O
- La oficina del HSTF en la 365 de la Calle Centre  
(atrás de la Iglesia Sagrado Sacramento)

**Necesitamos las aplicaciones antes del:**

**24 de Septiembre del 2009**

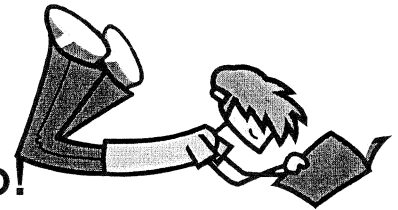
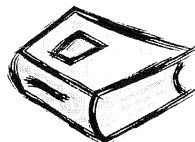
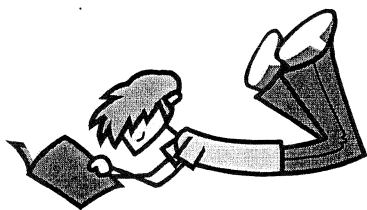


**Requisitos para la matrícula:**

- Información medica (con vacunas) del niño
- Verificación de ingresos (2 talonarios o evidencia de impuestos pagados)
- Dos pruebas de dirección

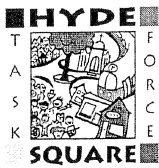
**Aplicaciones incompletas no serán aceptadas**

**Se le dará preferencia a los residentes de Hyde/Jackson**



**No hay mucho espacio!**

Para mas información, favor de contactar a Ana Almeida  
al 617-524-8303 x324 o [ana@hydesquare.org](mailto:ana@hydesquare.org)



# Hyde Square Task Force

## 2009-2010 Programa de Después de la Escuela

### Forma de la Inscripción

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Lengua Primario \_\_\_\_\_ País de origen \_\_\_\_\_

Origen Racial/Etnico:  
(por favor compruebe  
todo el que aplíquese)

- Latino
- Americano Africano
- Africano
- Americano Asiático
- Caucásico
- Cabo Verdiano

- American Indian
- Alaska Native
- Haitian
- Native Hawaiian
- Mixed Race
- Other \_\_\_\_\_

Dirección de la Casa \_\_\_\_\_  
(con ciudad y código postal)

1. Nombre de Madre/Guardian \_\_\_\_\_ Relación con el niño \_\_\_\_\_

Dirección de la Casa \_\_\_\_\_  
(con ciudad y código postal)

Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_  
(con ciudad y código postal)

Numero de Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

2. Nombre de Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Relación con el niño \_\_\_\_\_

Dirección de la Casa \_\_\_\_\_  
(con ciudad y código postal)

Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_  
(con ciudad y código postal)

Número de Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

---

Doctor del niño/Clínica \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
(con ciudad y código postal)

Condiciones Crónicas de la Salud, limitaciones, o preocupaciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre de Escuela \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Nombre del Maestro \_\_\_\_\_

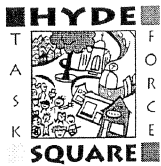
Número del Salon \_\_\_\_\_

Yo certifico que la documentación del físico y las inmunizaciones esta de acuerdo con requisitos de salud de la escuela pública, y el envenenamiento por plomo de acuerdo con los requisitos de la salud pública estan en archivo en la escuela de mi niño.

*Iniciales del Padre/Guardian* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Padres/Guardianes

\_\_\_\_\_  
Fecha



# El Permiso para Primeros Auxilios y Tratamiento de Emergencia Médica

102 CMR 7.09(3)

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Yo le doy permiso al \_\_\_\_\_ (nombre del programa) de aplicar los primeros auxilios y/o CPR a mi hijo/a \_\_\_\_\_ (nombre) y/o llevar a mi hijo/a \_\_\_\_\_ (nombre), al hospital para tratamiento médico cuando no puedan comunicarse conmigo o si la tardanza sería peligrosa para la salud de mi hijo.

Nombre del Médico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
(con ciudad y código postal)

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Alergias/Necesidades dietéticas \_\_\_\_\_

Condiciones Crónicas de Salud \_\_\_\_\_

### Contactos de Emergencia

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

1. Nombre \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Relación con el niño \_\_\_\_\_  
¿Usted da permiso para que el niño(a) sea recogido por esta persona?      Sí                  No

2. Nombre \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Relación con el niño \_\_\_\_\_  
¿Usted da permiso para que el niño(a) sea recogido por esta persona?      Sí                  No

3. Nombre \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Relación con el niño \_\_\_\_\_  
¿Usted da permiso para que el niño(a) sea recogido por esta persona?      Sí                  No

### Información sobre Seguro

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Guarda \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardianes

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Proceso de a la Hora de Salida

Nombre del Niño \_\_\_\_\_

## Mi niño llegará al programa:

\_\_\_\_\_ Caminando sin supervision de la clase (Estudiantes de la John F. Kennedy)

\_\_\_\_\_ Caminando sin supervision de la casa o escuela (Estudiantes de otra escuela).  
Escuela: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Caminando con \_\_\_\_\_ (nombre)

\_\_\_\_\_ El Autobús de la Escuela

\_\_\_\_\_ Un Programa de Autobús

\_\_\_\_\_ Uno de los Padres

\_\_\_\_\_ Otro- describa por favor \_\_\_\_\_

## Mi niño saldrá del programa:

\_\_\_\_\_ Un Padre lo(a) recogerá

\_\_\_\_\_ Caminando solo

\_\_\_\_\_ Caminando con \_\_\_\_\_ (nombre)

\_\_\_\_\_ Un Programa de Autobús

\_\_\_\_\_ Otro- describa por favor \_\_\_\_\_

Doy permiso para que mi niño(a) camine del programa al finale del día como se declaró anteriormente y/o que mi niño(a) sea recogido por la gente siguiente al final del día.  
(Nadie es autorizado, por favor indique abajo "Nadie.")

1. Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

2. Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

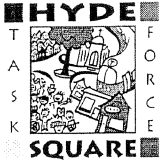
3. Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Cualquier otra petición de transporte debe ser indicar lo escrito y mantenido en el plan archivo del niño(a). Este permiso es válido por un año a partir de la fecha de la firma.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Permiso para Dar Medicamentos

102 CMR 7.05(2)(c)

Nombre del Niño(a) \_\_\_\_\_

Nombre del Medicamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Recetado                      \_\_\_\_\_ no-recetado

Dosis \_\_\_\_\_

Fecha que se le dará el medicamento \_\_\_\_\_

Los tiempos que se le dará el medicamento \_\_\_\_\_

Razon por el Medicamento \_\_\_\_\_

Posibles Efectos \_\_\_\_\_

Nombre y Teléfono del Médico que prescribe \_\_\_\_\_

Direcciones para Guardan el Medicamento \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ (Padre/Guardian), doy permiso a las personas autorizados del personal para que administren el medicamento a mi niño(a) según lo indicado arriba.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Médico

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Información Importante en Caso de una Emergencia

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
(con ciudad y código postal)

## Información para Contactar a los Padres/Guardianes

1. \_\_\_\_\_  
(Nombre, Dirección, y Teléfono)

2. \_\_\_\_\_  
(Nombre, Dirección, y Teléfono)

## PEDIATRA O CENTRO DE CUIDADO MÉDICO

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Médico, Dirección, y Teléfono)

## INFORMACIÓN DEL SEGURO (opcional)

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_

## PERSONAS DEL CONTACTO DE LA EMERGENCIA

1. \_\_\_\_\_  
(Nombre, Dirección, y Teléfono)

2. \_\_\_\_\_  
(Nombre, Dirección, y Teléfono)

Yo le doy permiso a \_\_\_\_\_ (nombre del programa) para administrar los primeros auxilios básicos y/o CPR a mi niño \_\_\_\_\_ (nombre) y/o tomar mi niño \_\_\_\_\_ (nombre) a un hospital y asegurar que reciba tratamiento médico cuando no puedo ser alcanzado o cuando una tardancia sea peligrosa para la salud de mi niño(a).

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

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Permiso

En caso de promociones:

Si

No

Por este medio autorizo al Comité de Hyde Square, entidad sin fines de lucro; a utilizar fotos de mi hijo/a en cualquier asunto relacionado a las artes, comunicación, promoción comercial y/o publicidad de cualquiera de los programas, servicios o participantes del Comité de Hyde Square.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Número de Salon \_\_\_\_\_

Nombre del padre/encargado (imprima) \_\_\_\_\_

Firma del padre/encargado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Consentimiento de Nino/a para salir del Programa

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo mi Nino/a, \_\_\_\_\_  
(Nombre de Padre/Guardian) (Nombre de Nino/a)  
para dejar el programa. Este permiso coje afecto en \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
(fecha) (fecha)

Esta autorizacion inculye y no es limatado a:

- Reuniones con los empleados de la escuela John F. Kennedy.
- Apoyo academico por los empleados de la escuela John F. Kennedy.
- Otros programas en la misma localizacion.

Dando este consentimiento, Yo estoy de acuerdo a :

- Someter una lista de programas y horario en que participe mi nino/a.
- Someter una lista de profesores y empleados de la escuela que trabajan regularmente con mi nino/a.
- Informarle a los empleados del Hyde Square Task Force cuando mi nino/a no pueda atender.

Yo entiendo que los empleados del Hyde Square Task Force tienen el derecho para rescindrar los derechos que estan arriba si los empleados decide que el comportamiento de mi nino/a justifica las limitaciones de los privilegios.

Yo entiendo que mi nino/a no estara supervisado po los empleados del Hyde Square Task Force cuando este afuera del programa. Yo entiendo que yo estoy responsable cuando mi nino/a deje el programa.

\_\_\_\_\_  
(Firma de Padre/Guardian)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)