

Colorado Dream Foundation

Formulario de registro – verano 2025

Preguntas 303-861-5005
abetancourt@coloradodream.org

***información necesaria**

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL (PRIMERO)

*Primer Nombre: _____ *Apellido: _____

*Relación al estudiante: Padre/Madre Abuelo/Abuela Tutor Legal Hermana/Hermano adulto
 Otro (favor de especificar) _____

*Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono Principal: _____ Teléfono Secundario: _____ *Correo electrónico: _____

Completar esta categoría de información demográfica es opcional. Se requieren sus respuestas para que los organismos puedan informar de forma efectiva acerca de los servicios que se brindan, recaudar fondos y llevar a cabo actividades de promoción cuando se lo necesite.

¿Tiene empleo? Empleo a tiempo completo Trabajo de medio tiempo Desempleados
Nombre y dirección del empleador: _____

¿Participa usted actualmente en las Fuerzas Militares? Sí No ¿Es usted veterano? Sí No *Idioma preferido: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL (SECUNDARIO)

*Primer Nombre: _____ *Apellido: _____

*Relación al estudiante: Padre/Madre Abuelo/Abuela Tutor Legal Hermana/Hermano adulto
 Otro (favor de especificar) _____

¿Tiene autorización esta persona para recoger el estudiante(s)? Sí No

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono Principal: _____ Teléfono Secundario: _____ Correo electrónico: _____

Completar esta categoría de información demográfica es opcional. Se requieren sus respuestas para que los organismos puedan informar de forma efectiva acerca de los servicios que se brindan, recaudar fondos y llevar a cabo actividades de promoción cuando se lo necesite.

¿Tiene empleo? Empleo a tiempo completo Trabajo de medio tiempo Desempleados
Nombre y dirección del empleador:: _____

¿Participa usted actualmente en las Fuerzas Militares? Sí No ¿Es usted veterano? Sí No

CONTACTOS DE EMERGENCIA (APARTE DE LOS PADRES LISTADOS ANTERIORMENTE)

Los contactos de emergencia listados debajo están autorizados para poder recoger al niño(a).

Contacto de emergencia #1

*Primer Nombre: _____ *Apellido: _____

*Relación al estudiante: Padre/Madre Abuelo/Abuela Tutor Legal Hermana/Hermano adulto
 Otro (favor de especificar) _____

*Teléfono Principal: _____ Teléfono Secundario: _____

Contacto de emergencia #2

*Primer Nombre: _____ *Apellido: _____

*Relación al estudiante: Padre/Madre Abuelo/Abuela Tutor Legal Hermana/Hermano adulto
 Otro (favor de especificar) _____

*Teléfono Principal: _____ Teléfono Secundario: _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

*Primer Nombre: _____ Segundo: _____ *Apellido: _____

Nombre Preferido: _____ Teléfono Celular: _____ Correo electrónico: _____

*Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

*¿Este estudiante asiste a la Escuelas Públicas de Denver? (incluidas escuelas chárter)? Sí No

*Nombre de la Escuela: _____ *ID Estudiantil (Número de Almuerzo): _____

*Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____ *Año escolar 2025-26: _____

*Género: Hembra Masculino No binario Prefiero no revelar *Hispano/Latino Sí No Prefiero no revelar

*Raza: Indio Americano Asiático Afroamericano Hispano de cualquier raza Medio Este/Norteafricano
 Hawaiano Nativo/Isleño del pacífico Blanco Dos o más raza Prefiero no revelar

Almuerzo Gratis/Reducido: Sí No Prefiero no revelar 504 Plan Sí (explicar) _____ No Prefiero no revelar

IEP Sí (explicar) _____ No Idioma(s) hablado en casa _____
 Prefiero no revelar

CONSIDERACIONES MÉDICAS

Seleccione todas las que correspondan.

- Alergias _____
- Dieta Especial _____
- Discapacidad de Aprendizaje _____
- ADD _____
- Visión/Audición _____
- Otro _____

- Asma _____
- Hepatitis C _____
- Autismo/Asperger's _____
- ADHD _____
- Terapia Física _____

Contactos Médicos

Nombre del Doctor _____ Teléfono _____

Dirección _____

Nombre del Dentista _____ Teléfono _____

Dirección _____

Hospital Preferido _____

Medicación

¿El estudiante necesita tomar medicamentos durante las horas del programa? Sí No

Si corresponde, adjunte una copia del Formulario de autorización de medicación de su hijo (requerido para que su hijo asista al programa).

RENUNCIAS Y PERMISOS

Las renuncias se solicitan para que haya claridad y un acuerdo entre usted y la organización acerca de la participación de su hijo en este programa. Elija una respuesta para cada renuncia. Si se selecciona "No" para una renuncia, lo contactaremos si tenemos cualquier pregunta o inquietud. Para que su hijo participe en este programa, es obligatorio que responda "Sí" a las primeras tres renuncias. Ante cualquier pregunta, contacte a la organización directamente.

Como padre custodio o tutor legal de mi hijo (Hijo) que es menor de 18 años y que está identificado arriba, y para que mi Hijo sea aceptado al programa dirigido por la organización identificada anteriormente (Organización), estoy completamente de acuerdo con todos los siguientes puntos:

Responsabilidad General (requerido) : Por medio del presente asumo y acepto, en nombre de mí persona, mi Hijo y mi familia, cualquier y todo riesgo de lesión, enfermedad, discapacidad o muerte y cualquier robo, pérdida o daño a la propiedad que puedan estar asociados con la participación de mi Hijo. Yo, en nombre de mí persona, mi Hijo y mi familia, acepto y prometo no demandar, eximo y libero para siempre a la Organización, a The Denver After School Alliance y a la Ciudad y el Condado de Denver de toda responsabilidad legal ante mi persona, mi Hijo, mi familia y los representantes personales, ejecutores, herederos, beneficiarios, tutores y subrogatarios de mi Hijo, por cualquier y todo reclamo, causa de acción, fallo, gravamen, costo o gasto de cualquier naturaleza (colectivamente, Reclamos) que surja de o que esté relacionado de alguna manera con cualquier lesión o enfermedad o cualquier robo, pérdida o daño a la propiedad, directa o indirectamente, relacionado o asociado con la participación de mi Hijo. Yo, en nombre de mí persona, mi Hijo y mi familia, además acepto, conjunta y severamente, defender, indemnizar y eximir de responsabilidad a la Organización, a The Denver After School Alliance, a la Ciudad y al Condado de Denver de y en contra de cualquier y todo Reclamo que surja de o esté asociado con alguna lesión o enfermedad o cualquier robo, pérdida o daño a la propiedad causado por mis acciones deliberadas o los actos deliberados de mi Hijo o por mi negligencia o la negligencia de mi Hijo.

*Acepto? Sí No

Acuerdo de Participación y Propiedad Personal (requerido) : Entiendo que la participación es voluntaria y confío en que se tomarán todas las precauciones necesarias para garantizar la seguridad y el bienestar de mi Hijo. Además, entiendo que la participación es un privilegio y que puede ser revocada en cualquier momento. Entiendo que la Organización tiene el derecho de enviar a mi Hijo a casa en cualquier momento debido a problemas de disciplina. Entiendo que en el caso de que no se pueda contactar a un padre o contacto de emergencia para la recogida, se llamará a la policía. Entiendo que la Organización hará todo lo posible para contactar a los padres o al contacto de emergencia antes de que se tome este paso. Entiendo que la Organización no es responsable por la pérdida de propiedad personal. Entiendo que se motiva a mi Hijo a dejar los objetos de valor en casa.

*Acepto? Sí No

Autorización de Emergencias Médicas y de Salud (requerido) : Por medio del presente, garantizo que, según mi leal saber y entender, el niño mencionado anteriormente tiene buena salud y asumo toda responsabilidad por su salud. Entiendo que las actividades y servicios de la organización pueden incluir un elemento de peligro y peligro inherente, y asumo toda la responsabilidad por las acciones y la condición física de mi Hijo que participará en dichas actividades. Acepto en nombre de mí persona y de mi Hijo eximir de responsabilidad por cualquier lesión que surja de la participación en el programa y sus actividades o en relación con cualquier enfermedad, lesión o costo del tratamiento médico relacionado con el mismo. Entiendo que la organización no es responsable de las condiciones de salud de mi Hijo. Entiendo que la Organización no tiene la responsabilidad de conocer las condiciones médicas o las alergias de mi Hijo. Entiendo que es mi responsabilidad asegurar que mi Hijo supervise sus propias comidas y refrigerios. En caso de que mi Hijo sufra de una enfermedad o lesión grave, doy permiso para que el personal de la Organización obtenga tratamiento médico y / o quirúrgico y / o transporte para mi Hijo, y aceptaré todos los gastos de dicha atención. Si mi Hijo requiere medicamentos diarios o de emergencia (incluidos los medicamentos recetados o de venta libre), entiendo que debo completar la documentación adicional y acepto cumplir con todos los requisitos necesarios. Entiendo que los medicamentos de venta libre, como el Tylenol, no serán administrados por el personal de la Organización a mi Hijo.

*Acepto?

Sí No

***Firma de Emergencia Médica y de Salud** _____

Comunicación con los Padres : Entiendo que la comunicación con los padres, tutores y familias relacionada con eventos especiales y / o emergencias se realizará en persona, a través de redes sociales y / o nuestro sistema de comunicación masiva que incluye mensajes de texto, correos electrónicos y mensajes de voz. Acepto proporcionar una dirección de correo electrónico y un número de teléfono celular que se utilizará para dichas comunicaciones.

*Acepto?

Sí No

Acuerdo de excursión : Entiendo que, en ocasiones, la Organización brindará a los miembros la oportunidad de participar en excursiones. En las excursiones, los miembros toman autobuses escolares, caminan o usan algún otro medio de transporte. Estoy otorgando autorización para que mi Hijo pueda participar en estas excursiones durante el año de membresía actual. Entiendo que la Organización enviará información a casa antes de cada excursión para proporcionar información sobre el lugar que se visitará. En ese momento, puedo revocar mi permiso para que mi Hijo no asiste a una excursión específica. Entiendo que la Organización no es responsable por lesiones sufridas por mi Hijo en excursiones. Si mi Hijo llega tarde a una excursión y el grupo se ha ido, asumo toda la responsabilidad de mi Hijo y acepto que no lo dejaré sin supervisión en el sitio del programa. Además, entiendo que soy responsable de recoger a mi Hijo a tiempo de la excursión y, de no ser así, se pueden revocar los futuros privilegios de excursión para mi Hijo. Entiendo que si no se puede contactar a los padres / contacto de emergencia para la recogida, se llamará a la policía.

*Acepto?

Sí No

Permiso del Curriculum de la Programa : Por medio del presente doy permiso para que mi Hijo asista a cualquier programa / clase con esta organización. Entiendo que los programas pueden ser ejecutados por la Organización y / o por sus colaboradores. Si a mi Hijo no se le permite participar debido a razones físicas, sociales y / o religiosas, le notificaré al personal. Entiendo que los programas pueden incluir conversaciones sobre el desarrollo del carácter, la vida saludable, la prevención de la violencia, la prevención del abuso de drogas, la educación sobre los trastornos alimentarios, la educación sobre relaciones saludables, etc. Entiendo que el personal del programa hace todo lo posible por notificar a los padres / tutores sobre programas sensibles.

*Acepto?

Sí No

Permiso de Medios de Comunicación : Entiendo que se pueden tomar fotos, audio y / o videos de mi Hijo al participar en las actividades del programa. Autorizo a la Organización y a sus socios a usar y reproducir toda y cada una de las fotografías, audio y / o video que puedan tomarse en conexión con las actividades del programa para cualquier propósito (incluyendo materiales impresos, audio, video e internet) sin compensación. Entiendo que todos los negativos y positivos, junto con las impresiones y las secuencias de video, serán propiedad exclusiva de la Organización.

*Acepto?

Sí No

Publicación de Información del Socio : Por la presente, doy permiso para que la Organización comparta la información de registro de mi hijo con Subcontratistas aprobados para proporcionar un entorno seguro para mi hijo. Entiendo que estos Subcontratistas pueden o no proporcionar un servicio directo a mi hijo, pero que pueden tener la necesidad de acceder a la información de mi hijo durante el curso de las operaciones de rutina. También entiendo que puedo solicitar los nombres de cualquiera / todas las Organizaciones y Subcontratistas que tengan acceso a la información de mi hijo en cualquier momento, que puedo optar por no participar en cualquier momento y que esta lista puede cambiar durante la duración del programa.

*Acepto?

Sí No

Recopilación de información - Compartir información con la Ciudad y el Condado de Denver : Autorizo al Organismo a divulgar la información de identificación de mi Hijo (nombre de pila, apellido, fecha de nacimiento e identificación (ID) de estudiante), raza/ etnicidad, y identidad de género), registros de asistencia, calificaciones, respuestas de encuestas y resultados del examen de evaluación estatal (u otro examen) a la Ciudad y el Condado de Denver, con el propósito de evaluar el éxito de los programas y mejorar los servicios para mi Hijo.

*Acepto?

Sí No

Recopilación de información - Información de encuestas : Autorizo a mi Hijo a responder encuestas que evalúen su experiencia con el Organismo y brindar opiniones acerca de los programas para evaluar si los mismos están causando un impacto positivo en el rendimiento escolar y comportamiento de mi hijo.

*Acepto? Sí No

Recopilación de información - Retención de información : Se retendrá la información de mi hijo por no más de cinco años y se utilizará para evaluar el éxito del programa. La información de mi hijo se mantendrá confidencial, anonimizada en la medida de lo posible, y estará protegida por la ley y los estándares de la industria. Mi autorización expira en cinco años, pero la podré revocar o modificar contactando al organismo en cualquier momento. La participación de mi hijo en este programa no está condicionada a mi firma de la presente renuncia.

*Acepto? Sí No

Permiso para Usar Tecnología : Entiendo que mi Hijo tendrá acceso a Internet a través de cualquier dispositivo móvil o electrónico, incluidos, entre otros, computadoras, tabletas y teléfonos móviles, y es posible que pueda acceder a sitios inapropiados. Si mi Hijo comete alguna violación del código de conducta de la Organización, entiendo que la Organización puede tomar medidas disciplinarias, incluidas la revocación de los privilegios de acceso y quitarles dispositivos móviles personales a mi Hijo durante el programa.

*Acepto? Sí No

Actualización de Información: Entiendo que es mi responsabilidad mantener actualizada la información de este formulario. Informaré a la Organización inmediatamente cuando cambie mi número de teléfono, dirección, empleo, salud del estudiante, información de contacto de emergencia y/u otra información pertinente.

*Acepto? Sí No

Permiso de Natación: Por medio de la presente doy permiso para que mi Hijo tome clases de natación y participe en natación recreativa.

*Acepto? Sí No

Permiso de Bloqueador de Sol: Por medio de la presente doy permiso para que mi Hijo se aplique protector solar que proporcionaré. El protector solar debe estar etiquetado con el nombre completo de mi Hijo y ser aplicado por mi Hijo. Entiendo que la Organización no proporcionará protector solar.

*Acepto? Sí No

Permiso para Mirar Películas/Videos/DVDs: Por medio de la presente doy permiso para que mi Hijo vea películas clasificadas G y PG, apropiadas para su edad. Entiendo que el personal de la Organización hará todo lo posible para notificar a los padres / tutores, con anticipación, si se mostrará una película con una calificación más alta en el programa.

*Acepto? Sí No

Manual del Programa/Manual para Padres: Entiendo que una vez que mi Hijo sea aceptado al programa, recibiré, leeré y firmaré el Manual para Padres de la Organización. También comprendo que el Manual de Empleados completo está disponible a pedido. Por medio de la presente, acepto cumplir con las normas descritas en el Manual para Padres. Además, reconozco que las normas del programa están sujetas a cambios a discreción de la Organización.

*Acepto? Sí No

PERMISO DE RECOGIDA

Entiendo que la Organización no es responsable de supervisar a mi Hijo antes de llegar o una vez que se retire del programa, y que yo soy responsable de organizar el transporte hacia y desde el programa. Entiendo que es mi responsabilidad asegurar que mi Hijo sea recogido por una persona autorizada y que esa persona debe firmar por la recogida del niño, a menos que el niño esté autorizado a irse solo y que el personal no restringirá físicamente a los niños que insisten en irse sin el permiso de sus padres.

El estudiante será (marque todo lo que corresponda):

Será recogido por el padre/madre/tutor legal Tomará transporte público y caminará y andará en bicicleta solo

Será recogido por otro adulto autorizado (favor de especificar sí no está en la lista)

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Otro (favor de especificar) _____

No Permiso Recogida: Existe alguna persona que **no** tiene permiso legal para recoger el estudiante del programa? Sí No

Favor de proveer la documentación legal si es aplicable.

Estudiante NO PUEDE ser recogido por parte de:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

FIRMA DE APLICACIÓN - NECESARIO

Afirmo que he leído, entiendo claramente y voluntariamente doy mi consentimiento a los permisos y puntos anteriores. Reconozco que soy mayor de 17 años, que tengo autoridad legal para dar mi consentimiento, firmar los permisos y renunciaciones indicados anteriormente en nombre de mi Hijo, y que estos permisos y exenciones son legalmente vinculantes. Entiendo que si no se completa y no se firma correctamente esta exención y renuncia, el resultado será que mi Hijo no obtendrá permiso para participar. Acepto apoyar el código de conducta de la Organización y las expectativas de los miembros, incluida cualquier decisión de membresía que afecte a mi Hijo. Doy fe de que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Acepto notificar a la Organización sobre cualquier cambio en esta solicitud, ya sea en persona, por escrito o mediante modificaciones en el sistema de registro del programa en línea.

***Firma** _____ ***Fecha** _____

¡Gracias por tu aplicación! Una vez revisado, la organización le notificará si su hijo ha sido aceptado en el programa.