

Nombre de la Madre o Guardián _____
Primer Nombre Segundo nombre Apellido Relación con el estudiante

Dirección: _____
Calle, apartamento Ciudad Estado Código Postal

No. de teléfono de su casa _____ No. del Celular: _____

Empleado: Compañía: _____ Ocupación: _____

No. de teléfono del trabajo: _____ Email: _____

Nombre del Padre o Guardián: _____
Primer Nombre Segundo nombre Apellido Relación con el estudiante

Dirección: _____
Calle, apartamento Ciudad Estado Código Postal

No. de teléfono de su casa: _____ No. del Celular: _____

Empleado: Compañía: _____ **Ocupación:** _____

No. de teléfono del trabajo: _____ Email: _____

Por favor señale si no quiere que su información aparezca en el directorio de Horizons.

Contacto de Emergencia: _____
Nombre Relación con el estudiante

Teléfono # Celular #

Cuál es el idioma que principalmente se habla en su casa? _____

Tiene usted otros hijos que sean o hayan sido participantes Horizons? Yes No

Por favor escriba sus nombres, _____

Escriba también el nombre de los parientes que tengan algún tipo de conexión con Horizons y describa su relación con el programa: _____

Como escucho del programa de Horizons? _____

INFORMACIÓN FINANCIERA:

Tipo de almuerzo (Señale uno): Gratis () Reducido () Regular ()

POR FAVOR ADJUNTE LA PRUEBA DE QUE SU HIJO PERTENECE AL PROGRAMA DE ALMUERZO GRATIS O REDUCIDO

Ingresos Familiares – Debe incluir los salarios de todos los miembros de la familia que trabajen (Total de todos los salarios antes de deducciones)

Weekly Gross Income \$ _____ Monthly Gross Income \$ _____ Yearly Gross Income \$ _____

Escriba El Nombre De Todos Los Miembros De La Familia	Edad	Sexo M/F	Salarios De Todos Los Trabajos (Antes De Deducciones)	Welfare, Child Support, Alimony	Pagos De Pensiones, Retiros, Seguro Social
1.			\$	\$	\$
2.			\$	\$	\$
3.			\$	\$	\$
4.			\$	\$	\$
5.			\$	\$	\$
6.			\$	\$	\$
7.			\$	\$	\$

FAMILIAS QUE RECIBEN FOOD STAMPS OR TFA BENEFITS: favor completar esta parte

Food Stamp Case Number: _____

(Temporary Family Assistance)
 TFA Case Number: _____

INFORMACIÓN PARA PADRE/ GUARDIAN

El programa de verano de Horizons requiere compromiso por parte de los padres y los niños en los siguientes aspectos:

- Asistir a todo el programa de verano que comienza la última de semana de junio y termina la última semana de agosto. Si por alguna razón su hijo no puede adquirir el compromiso de asistir durante todo el tiempo que dura el campamento por favor absténgase de aplicar
- Los niños deben estar en el programa de lunes a viernes de 8:30am a 3:00pm. Los niños deben asistir a toda la jornada.
- Transporte es proveído. Usted como padre o adulto autorizado encargado debe asegurarse de que su hijo este a tiempo en la parada del bus así como también debe esperar por su hijo a la hora que el bus lo deja en la correspondiente estación. **La asistencia es completamente obligatoria.**
- Participación en todas las actividades artísticas, culturales, deportivas (clases de natación son impartidas todos los días en diferentes piscinas privadas donadas por los habitantes de New Canaan, así como también dentro del campus), y de aprendizaje que son ofrecidas en el programa.
- Déjenos saber si algo está pasando con su hijo que pueda afectar su comportamiento a estado de ánimo.
- Dedique un poco de tiempo durante el día para preguntarle a su hijo sobre las experiencias vividas diariamente en Horizons

HORIZONS INTEREZADO EN OFRECER UN MEJOR SERVICIO A SUS HIJOS, NECESITA CONOCER CUALQUIER SITUACIÓN QUE PUDO O PUEDA AFECTAR TANTO A SU HIJO COMO A USTED. POR FAVOR SEÑALE TODAS LAS QUE APLIQUEN A SU HOGAR:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Muerte | <input type="checkbox"/> Violencia Familiar |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Grave | <input type="checkbox"/> Mudanza |
| <input type="checkbox"/> Adopción | <input type="checkbox"/> Problemas de Alcohol/Drogas |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de Trabajo | <input type="checkbox"/> Nuevo Niño en el Hogar |
| <input type="checkbox"/> Divorcio/Separación | <input type="checkbox"/> Otro(explique)_____ |

Por favor utilice este espacio para explicarnos detalladamente las situaciones señaladas anteriormente.

Es su hijo prematuro? Si / No

En caso afirmativo indique por cuantas semanas lo es

Alguna vez su hijo ha sido evaluado de manera individual? Si / No en caso afirmativo, por favor indique que clase de evaluación fue realizada a su hijo, quien fue la persona encargada y cuando fue realizada _____

Alguna vez su hijo ha sido suspendido o expulsado de la escuela? Si /No en caso afirmativo. Explique cuando y porque? _____

Para los padres de estudiantes entre K-2 grado

Cuántos días o noches designa para leer en voz alta a su hijo? _____

Para los padres de estudiantes entre 3 - 7 grado

Cuanto tiempo sin interrupción dedica a su hijo para ayudarlo con las tareas cada noche _____

Cuales actividades ayudan a su hijo a ganar confianza y autoestima? Enumere

En cuales actividades su hijo demuestra síntomas de stress, nerviosismo, o angustia?

Por favor díganos que problemas enfrenta su hijo en la escuela

Especifique la participación de su niño en los deportes, la iglesia, la danza, el arte, lecciones de canto, etc.



**APLICACIÓN PARA ESTUDIANTES DEL PROGRAMA DE VERANO 2010
HORIZONS STUDENT ENRICHMENT PROGRAM**

En New Canaan Country School P.O. Box 997 New Canaan, CT 06840 (203) 972-7005 Fax:(203) 972-2732

CONTRATO ENTRE PADRES/ GUARDIANES & FORMA DE LIBERACIÓN

Horizons invita y espera que los padres participen y cooperen en las diferentes actividades de nuestro programa. Su primer compromiso con nosotros es asegurarse de que su hijo una vez sea aceptado en el programa, asista y participe activamente durante el campamento y en las otras actividades que son ofrecidas durante el año escolar. El segundo compromiso de su parte es que usted participe como voluntario dentro de nuestro programa. Por favor indique en que está dispuesto a colaborar con nuestro programa. Horizons Requiere que los padres participen en 2 actividades por lo menos cada año.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Participar en los talleres para padres | <input type="checkbox"/> Comité de Padres de Familia |
| <input type="checkbox"/> Ayudar con el correo | <input type="checkbox"/> Cocinar para los días de Bake sales |
| <input type="checkbox"/> Voluntario para eventos con los niños | <input type="checkbox"/> Ayudar en la organización y desmontaje de eventos |

ESTA APLICACIÓN NO SERÁ CONSIDERADA COMPLETA SIN SU FIRMA Y UNA COPIA PRUEBE DE QUE SU HIJO PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE ALMUERZO GRATIS O PRECIO REDUCIDO. EN CASO DE NO SER PARTÍCIPE DE EL PROGRAMA USTED DEBE LLAMAR A LA OFICINA DE HORIZONS Y NOSOTROS LE DIREMOS QUE DEBE HACER. CON ESTA APLICACIÓN AUTORIZO A LA ESCUELA DE MI HIJO A ENTREGAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS HORIZONS

- Calificaciones
- Resultados de evaluaciones generales
- Formas de Asistencia
- Cualquier información psicológica, educativa, y/o de desarrollo.
- Examen Medico

SI MI HIJO ES ACEPTADO EN EL PROGRAMA DE HORIZONS, AUTORIZO A LA ESCUELA DE MI HIJO PARA QUE LIBERE CUALQUIER TIPO DE INFORMACIÓN, DOCUMENTOS A HORIZONS STUDENT ENRICHMENT PROGRAM CON EL PROPÓSITO DE COMUNICAR AL PROGRAMA TODO LO CONCERNIENTE CON MI HIJO ASI COMO INFORMACIÓN PARA CONTACTAR A MI O MI HIJO/HIJA EN EL FUTURO. ESTOY CONSCIENTE DE ESTE PERMISO SERÁ EFECTIVO POR TODO EL TIEMPO QUE MI HIJO PERTENEZCA A HORIZONS. TODA INFORMACIÓN RECOLECTADA POR HORIZONS SERÁ DE CARÁCTER CONFIDENCIAL Y NO SERÁ ENSEÑADA A MI HIJO O FAMILIA.

SI MI HIJO ES ACEPTADO DENTRO DE LA TEMPORADA DE 2010, FIRMANDO ESTE ACUERDO, ENTIENDO QUE LA ASISTENCIA DE MI HIJO AL PROGRAMA ES OBLIGATORIA Y ME COMPROMETO A QUE MI HIJO LLEGUE TODOS LOS DÍAS A LAS INSTALACIONES DEL PROGRAMA Y QUE PARTICIPE ACTIVAMENTE DE TODAS LAS ACTIVIDADES OFRECIDAS POR HORIZONS EN EL VERANO Y ALGUNAS DENTRO DEL AÑO ESCOLAR.

Nombre del Padre/Guardian: _____
Firma del Padre/Guardian: _____
Nombre del Niño: _____
Fecha: _____