

## HORIZONS STUDENT ENRICHMENT PROGRAM

At New Canaan Country School P.O. Box 997 New Canaan CT 06840 (203) 972-7005

### ★ Lista de Verificación para la Re-Inscripción ★

(Asegurarse de firmar y fechar todas las formas)

\_\_\_ Forma de Información Estudiantil para el Verano 2010 (pág. 2-5)

\_\_\_ Permiso y Forma Médica y Liberación (pág. 6)

\_\_\_ †Historia médica y Examen Físico (pág. 7-8)

\_\_\_ ‡Honorarios de Inscripción – en cheque o giro postal a nombre de Horizons. La tarifa es \$50 por el primer niño(a) y \$20 para cada niño(a) adicional.

† Horizons requiere **un examen médico para su niño(a) actualizado en menos de 2 años antes del comienzo del programa.** Usted puede enviar una forma de su doctor, haga que su doctor complete la forma unida, o envíe una copia de la forma médica de la escuela mientras sea fechado después del agosto de 2008. Las formas médicas son requeridas en la oficina de Horizons antes del 1 de mayo de 2010 para que su niño(a) participe en el programa. Si usted tiene dificultad satisfacer a este requisito, contacte a nuestra oficina al (203) 972-7005 para asistencia.

‡ En casos de que no pueda cumplir con el costo de la registraci3n comuníquese con la oficina de Horizons y le diremos que hacer.

**RE- INSCRIPCIÓN 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

Horizons sirve a estudiantes de bajos recursos de kínder a 12grado en el área del bajo Fairfield.

- **PROGRAMA DE VERANO** - La función principal del programa es ofrecer a los alumnos de kínder a octavo grado un programa de enriquecimiento cultural que es impartido durante seis semanas. **EL PROGRAMA COMIENZA EL 30 DE JUNIO Y TERMINA EL 6 DE AGOSTO.** Dicho programa se lleva a cabo en las instalaciones de New Canaan Country School de lunes a viernes de 8:30am a 3:00pm. Los estudiantes participan en actividades académicas, artísticas, clases de natación (dentro y fuera del campus) entre otros deportes, así como también disfrutan de emocionantes viajes semanales. Es un requisito de nuestro programa que los estudiantes atiendan al campamento todos los días que este dure. **Si su hijo no puede cumplir este requisito y comprometerse con el programa durante toda la temporada por favor absténgase de aplicar para este año e intente hacerlo para el año siguiente.**
- **PROGRAMA PARA TODO EL AÑO ESCOLAR-** Horizons, además, cuenta con un programa durante todo el año escolar que ofrece clases de arte, música, y tutores personalizados.
- **PROGRAMA DE BACHILLERATO** - Cuando los estudiantes de Horizons completan el Octavo grado y se **gradúan**, ingresan al programa de bachillerato en el cual, los participantes tienen entrenadores académicos, reciben preparación para el SAT, participan sirviendo a la comunidad y visitan universidades con la intención de conocer más a fondo la vida universitaria y conocer sus opciones.

**\*COMPLETAS RE-INSCRIPCIONES DEBEN ESTAR EN LA OFICINA DE HORIZONS EL 15 DE DICIEMBRE DE 2009.**  
**\*EL CAMPAMENTO DE VERANO COMIENZA EL 30 DE JUNIO Y TERMINA EL 6 DE AGOSTO DE 2010**  
**\*HORIZONS DEBE SER NOTIFICADO INMEDIATAMENTE DE CUALQUIER CAMBIO EN SU DIRECCIÓN, NÚMERO TELEFÓNICO, O CORREO ELECTRÓNICO**

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:** (solo un niño por re-inscripción)

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Grupo Racial: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre                      Segundo nombre                      Apellido                      Nombre preferido

Género: Masculino / Femenino (por favor circule uno)

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle, apartamento                      Ciudad                      Estado                      Código Postal

No. de teléfono de su casa : \_\_\_\_\_ No. del Celular: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del Niño: \_\_\_\_\_ Escuela del Niño: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Mes/Día/Año

Nombre de su profesor(a) \_\_\_\_\_ Nombre del Trabajador Social: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN FAMILIAR:**

**El estudiante vive con:** (señale la que corresponde)

- Madre y Padre
- Madre
- Padre
- Madrastra/padrastro: \_\_\_\_\_  
Nombre
- Otro: \_\_\_\_\_  
Nombre

**En caso de divorcio o separación por cualquier situación familiar, por favor escriba es calendario de su hijo (por ejemplo mitad de semana con la madre y mitad con el padre. Especifique días)** \_\_\_\_\_

**Nombre de la Madre o Guardián** \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Segundo nombre Apellido

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

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**

**Family Income** – Should include all family members living in the household (Gross income is before taxes are taken out from all jobs):

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.			\$	\$	\$

**HOUSEHOLDS NOW GETTING FOOD STAMPS OR TFA BENEFITS:** please complete this part.

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.**

---

---

**RE- INSCRIPCIÓN 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/Guardián: \_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_  
Nombre del Niño: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

# HORIZONS STUDENT ENRICHMENT PROGRAM

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

## PERMISO Y FORMA MÉDICA

Yo \_\_\_\_\_, padre o guardián de \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Guardián Nombre del Niño y Fecha de Nacimiento

doy mi permiso para que mi niño(a) participe en todas las actividades del programa del verano de Horizons y del año escolar, incluyendo viajes lejos del local de la escuela.

Yo autorizo fotos y citas de mi niño(a) ser tomadas durante Horizons y utilizados en los medios de comunicación y en publicaciones.

Doy / No Doy (**marque uno**) autorización a Horizons que le administren Tylenol a mi niño(a) en \_\_\_\_\_  
Dosis

**Proporcione por favor el nombre y el número de teléfono de un pariente, amigo(a) o vecino que puedan ser contactados en caso que nosotros no le podemos alcanzar a Usted, en una emergencia:**

Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación al niño(a): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**En caso de que mi niño sea una víctima de un accidente grave, una herida o enfermedad cuando cuidado inmediato médico o quirúrgico se necesite y yo no puedo ser alcanzado después de esfuerzos razonables dadas las circunstancias, yo autorizo al programa de Horizons actuar en mi lugar con las instrucciones de nuestro médico de cabecera, o, si es inasequible después de que se hagan los esfuerzos razonables alcanzar al médico, tomar tales acciones y de dar tal consentimiento en nombre mío que el buen juicio dicte.**

Nombre del Médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Yo libero por este medio el programa, Horizons Student Enrichment Program, y la escuela, New Canaan Country School, de responsabilidad a mí o a mi niño(a) para cualquier pérdida o daño sostenido por mí o mi niño debido a un lesión a mi niño mientras que participa en o que esta transportado a o desde cualquier programa, viaje de estudio o acontecimiento especial de Horizons.**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de Madre o Guardián \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre o Guardián \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Madre o Guardián:** \_\_\_\_\_

**HORIZONS STUDENT ENRICHMENT PROGRAM  
ANNUAL REPORT OF STUDENT HEALTH HISTORY**

Please fill form out completely and consciously. The more information Horizons has about your child's health, the more we will be able to address the issue while your son/daughter is here on campus.

Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_  
Mother's work number \_\_\_\_\_ Father's work number \_\_\_\_\_

I do / do not (*circle one*) authorize the Horizons Nurse to administer Tylenol to my child in \_\_\_\_\_ dosage.

This form should be completed and returned to the Horizons Office by. State legislation requires that evidence of certain immunizations be submitted for each child, or specific explanation be given why such immunizations have not been obtained.

HEALTH HISTORY – Please check and explain where available.

_____ Heart Disease	_____ Contact Lens	Allergies to:
_____ Neurological	_____ Glasses	
_____ Diabetes	_____ Inhaler Epi Pen	
_____ Ear/Nose/Throat	_____ Asthma	
_____ Ear Tubes	_____ Hearing Aid	
_____ Eyes:		
		_____ Medication
		_____ Food
		_____ Bee Stings
		_____ Other

We want your child to be safe at Horizons. Please describe in detail your child's allergies and what the doctors have prescribed:

---

---

---

1. Please note any other information that would be helpful in an emergency (i.e., athletic injuries, etc.).

---

---

2. Please list any illnesses, injuries, operations or immunizations during the past year

---

---

3. Is this student under any form of treatment or taking medication either daily or occasionally? Are there any doctor's recommendations with which we might cooperate?

---

---

4. Do you have any concerns about your child's general health, eating and sleeping habits, weight, teeth, etc.?

---

---

NOTE: For the protection and safety of the Horizons Community, we ask that no form of medication be carried by students during the day. Medications may be dispensed through the Medical Office with a written order from the attending physician and parental authorization. Self-administration of medication by inhaler is permitted provided that the parent or guardian has informed the medical office in advance. Inhalers may be carried and appropriately used following state guidelines, which the nurse will provide.

(PHYSICIAN TO COMPLETE INFORMATION ON REVERSE SIDE)

**HORIZONS STUDENT ENRICHMENT PROGRAM  
MEDICAL EVALUATION FORM**

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

To be completed by medical practitioner:

Students Name: \_\_\_\_\_ Birth date: \_\_\_\_\_

Date of Exam: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ May participate in all program activities

\_\_\_\_\_ May participate except for: \_\_\_\_\_

Medical information pertinent to routine care and emergencies:

Is this individual taking prescription medication? Yes \_\_\_ No \_\_\_

If yes, indicate prescription: \_\_\_\_\_

Does the individual have allergies? Yes \_\_\_ No \_\_\_ If yes, please explain

Is this individual on a special diet? Yes \_\_\_ No \_\_\_ If yes, please explain: \_\_\_\_\_

This individual is up to date on all the following childhood immunizations currently recommended by the American Academy of Pediatrics and National Advisory Committee on Immunization Practices:

	<u>Yes</u>	<u>No</u>		<u>Yes</u>	<u>No</u>
<u>MMR</u>			<u>Diphtheria</u>		
<u>Hepatitis B</u>			<u>Tetanus</u>		
<u>HIB</u>			<u>Pertussis</u>		
<u>Varicella</u>			<u>IPV (polio)</u>		

Most recent PPD test date: \_\_\_\_\_ PPD results \_\_\_\_\_ Last Tetanus: \_\_\_\_\_

Comments \_\_\_\_\_

Medical Provider's Information (please print):

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
Street, Apartment # City State Zip

Phone Number: \_\_\_\_\_ Signature of Physician, APRN or PA: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_