



**El Sol Science and Arts Academy of Santa Ana**  
*Una Escuela Pública Excelente*

**PROGRAMA DE CONTINUACION ESCOLAR 16-17**  
**FORMA PARA MATRICULA**

<b>Office Use Only:</b>
Student ID: _____
Schedule: _____
Fee: _____

Apellido del Estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Maestro (a) Principal: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: _____	Fecha de Nac. _____ Sexo: Masculino ___ Femenino ___
	Nombre de la Madre: _____ Dirección: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Celular: _____
	Nombre del Padre: _____ Dirección: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Celular: _____
	<b>Contacto de Emergencia Además de los Padres</b> Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Celular: _____ Parentesco: _____

- Mi hijo **asistirá** al Programa de Continuación Escolar de lunes a viernes. Yo estoy de acuerdo en que mi hijo permanezca en el programa todos los días hasta las 6:00 pm.
- Mi hijo **sólo asistirá a las clases anteriormente seleccionadas**. Yo estoy de acuerdo en pagar \$10.00 por día que mi hijo asista a clase independientemente del horario de la clase.

<b>Otro Contacto de Emergencia Además de los Padres</b> Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Celular: _____ Parentesco: _____
---

Número de Personas en la Familia: \_\_\_\_\_  
 Ingresos Familiares: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_ Mes \_\_\_ Año

<b>Otro Contacto de Emergencia Además de los Padres</b> Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Celular: _____ Parentesco: _____
---

¿Hay alguna persona a la que le esté prohibida recoger a su hijo? De ser cierto, por favor provéanos con una copia de la orden judicial.

Yo (padre/tutor) \_\_\_\_\_ por medio de la presente autorizo a la Academia de Ciencias y Artes El Sol a proveer tratamiento médico de emergencia a mi hijo/a \_\_\_\_\_ en el caso que yo no pueda ser localizado y un evento que requiera tratamiento de emergencia haya ocurrido. Yo además autorizo a que el tratamiento sea brindado por personal médico calificado o entidad seleccionada por el personal de la escuela con la intención de ofrecer el mejor servicio a mi hijo. Yo además conozco que soy totalmente responsable por cualquier gasto asociado con el tratamiento. Yo entiendo que el mayor esfuerzo será hecho para localizarme o para localizar a las personas designadas por mí para estos casos. Yo libero a la Academia El Sol, su personal, oficiales, y voluntarios de toda responsabilidad relacionada con cualquier accidente que le pueda ocurrir a mi hijo durante su participación en el programa.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha