



LIBERTY PARTNERSHIPS PROGRAM SOLICITUD

Estudiante:

Nombre: primero _____ apellido _____

Género: M F

Nombre de la escuela: South Heritage NFA Main NFA North

Grado a partir de 9/2019: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección del estudiante:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

E-mail: _____

Número de identificación de la escuela del estudiante: _____

Etnicidad: seleccione todas las que correspondan

Hispano/ Latino Indio Americano/ Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano
 Blanco Nativo Hawai/otras islas del Pacífico Dos o más

Almuerzo gratis o reducido? Si ___ No ___

Padre o guardian:

Nombre: primero _____ apellido _____

Relación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Email: _____

Niño/a vive con:



LIBERTY PARTNERSHIPS PROGRAM SOLICITUD

Sistema de cuidado de crianza: Si No

¿Como supiste de nosotros?

NECSD profesor NECSD sitio web Evento comunitario Ilamada/ Email

Redes sociales/internet Otro _____

Información de contacto de emergencia # 1 :

Nombre: primero _____ apellido _____

Relación : _____ Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____

Email: _____

Información de contacto de emergencia #2:

Nombre: primero _____ apellido _____

Relación: _____ Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Email: _____

Información de divulgación médica

¿Tiene su hijo/a algún problema de salud actual o anterior, o está tomando algún tipo de medicamento por algún motivo?

Si__ No__ En caso afirmativo explicar: _____

¿Tu hijo/a tiene alguna alergia?

Si__ No__ En caso afirmativo explicar: _____

¿Tiene su hijo/a actividades restringidas?

Si__ No__ En caso afirmativo explicar: _____



LIBERTY PARTNERSHIPS PROGRAM SOLICITUD

AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPACIÓN Y ACCESO A LOS REGISTROS DEL ESTUDIANTE

Al firmar este formulario, el estudiante y el padre / tutor aceptan lo siguiente: Doy permiso para participar en el Programa Liberty Partnerships. Entiendo que este formulario otorga permisos LPP para lo siguiente: • Obtención y revisión de ciertos registros educativos confidenciales, información o datos que pueden estar protegidos por la ley estatal y federal, que incluyen, entre otros, la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia y la Ley de Educación del Estado de Nueva York §2-d que incluye, entre otros, boletas de calificaciones, transcripciones, registros de asistencia, referencias disciplinarias y cartas de aceptación universitaria. • Utilizando dichos registros educativos confidenciales en la planificación de servicios de apoyo apropiados para mi hijo / hija. Yo (nosotros) entendemos que toda la información obtenida será confidencial. • Yo (nosotros) también doy permiso para que nuestro hijo / hija participe en actividades relacionadas con el programa. Las actividades fuera del sitio requerirán un permiso firmado. • Doy permiso para que SUNY Orange LPP y el Distrito Escolar de la Ciudad Ampliada de Newburgh utilicen fotografías, grabaciones de video y / o testimonios de mi hijo con fines informativos y promocionales. • Doy permiso a mi hijo para acceder a la red de Internet y acepto la responsabilidad de cumplir con las políticas y procedimientos del Programa de Asociaciones SUNY Orange Liberty y NECSD como se establece en el manual. Entiendo que al enviar mi solicitud, recibiré el Manual del Programa Liberty Partnerships. Es mi responsabilidad leerlo en su totalidad. El estudiante acepta cumplir con todas las reglas y requisitos descritos en el Manual de LPP mientras participa en todas las actividades del Programa Liberty Partnerships en el campus de Newburgh, los sitios escolares y mientras asiste a todas las actividades fuera del sitio. El estudiante comprende que participar en el Programa de Asociaciones Liberty conlleva un compromiso de tiempo y trabajo duro. El estudiante acepta comprometerse plenamente a realizar el mejor esfuerzo, para alcanzar el máximo potencial como estudiante.

Nombre impreso del padre o tutor: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____



LIBERTY PARTNERSHIPS PROGRAM SOLICITUD

OFFICE USE ONLY

Reviewed by

Staff Name: _____

Staff Signature: _____

Date: _____

Eligibility Factor: Check all that apply

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.
 10. 11. 12. Other Description

Outcome:

Director's Signature: _____

Date: _____