

**DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE COBB
PROGRAMA PARA DESPUÉS DE CLASES (ASP)
FORMULARIO DE MATRÍCULA
Año Escolar agosto, 20__ a mayo 20__**

Estoy inscribiendo a mi(s) estudiante(s) en el Programa Después de Clases (ASP) el cual conlleva pago de matrícula. Estoy de acuerdo en pagar la cuota anual de \$10, la cual no es reembolsable, por cada niño inscrito en el programa. Además estoy de acuerdo en pre pagar la suma de \$ 7 diarios por estudiante, por cada vez que asista al programa. Entiendo que es mi responsabilidad el informar a la escuela cualquier cambio de información ofrecida en este formulario. ___/___/___
(Iniciales/fecha)

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA

Nº de identificación	Nombre del niño	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento	Grado/ Edu. Esp.	Maestra regular
_____	_____	_____	___/___/___	_____	_____
_____	_____	_____	___/___/___	_____	_____
_____	_____	_____	___/___/___	_____	_____

Dirección del (los) estudiante(s) _____ Teléfono _____

Nombre de la última escuela que asistieron en el condado Cobb _____ Fechas que asistieron _____

Por favor, indique si su niño(a) necesita atención médica especial o medicamentos (alergias, dieta, medicina, etc.)

**Únicamente las siguientes personas pueden buscar al/los estudiante(s):
*** Debe mostrar identificación al momento de buscar a los niños*****

1. Padre/tutor _____ Tel. trabajo _____ Tel. casa _____ Tel. celular _____
2. Padre/tutor _____ Tel. trabajo _____ Tel. casa _____ Tel. celular _____
3. Padre/tutor _____ Tel. trabajo _____ Tel. casa _____ Tel. celular _____

EN CASO DE EMERGENCIA Y SI LOS PADRES/TUTORES ARRIBA MENCIONADOS NO PUEDEN SER CONTACTADOS, LA ESCUELA LLAMARÁ A LAS PERSONAS AUTORIZADAS A CONTINUACIÓN (INCLUYENDO CENTRO DE CUIDADO DE NIÑOS).

TODOS LOS NÚMEROS DE EMERGENCIA DEBEN SER LOCALES, ACCESIBLES Y CON EL CÓDIGO DE ÁREA INCLUIDO.

1. Nombre _____ Tel. trabajo _____ Tel. casa _____ Tel. celular _____
2. Nombre _____ Tel. trabajo _____ Tel. casa _____ Tel. celular _____
3. Nombre _____ Tel. trabajo _____ Tel. casa _____ Tel. celular _____

En caso de custodia legal, las siguientes personas **NO PODRÁN** buscar a mi hijo(a) al programa ASP: (Debe enviar con esta solicitud una copia de los papeles legales de custodia)

En caso de emergencia, por favor lleve a mi hijo(a) a la:
Institución médica más cercana _____ (SI/No) O al siguiente centro médico: _____

La matrícula en el Programa Después de Clases está completa solo cuando haya completado la siguiente información:

1. El formulario del Reglamento del Programa Después de Clases esté completo, firmado y devuelto
2. El formulario de la matrícula esté completado, firmado y devuelto
3. Haya pagado la cuota anual de matrícula, la cual no es reembolsable

Yo entiendo que es mi responsabilidad mantener actualizada y precisa la información arriba mencionada.

Firma Padre/Tutor _____ Fecha _____

Correo electrónico _____