

21st Century Community Learning Centers (21st CCLC)
Formulario de inscripción estudiantil
Año escolar 2025-2026

Información del aspirante

Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:
N.º OSIS (n.º de identificación estudiantil): ____ - ____ - ____		Grado:
Nombre de la escuela:		
Dirección postal:		Género: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ X (ni femenino ni masculino) ☐ No sabe
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de la casa:		Correo electrónico:
Nombre de quien inscribe al estudiante:		Relación con el estudiante:
Idioma(s) que se habla(n) en el hogar:		

Información del padre/tutor

Nombre del padre o tutor principal 1:	
Título del tutor (encierra en un círculo): ☐ Madre ☐ Padre ☐ Abuela ☐ Abuelo Otro: _____	
Idioma(s) que habla:	
Dirección (si es diferente a la del estudiante):	
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:
Celular:	Correo electrónico:
Nombre del padre o tutor principal 2:	
Título del tutor (encierra en un círculo): ☐ Madre ☐ Padre ☐ Abuela ☐ Abuelo Otro: _____	
Idioma(s) que habla:	
Dirección (si es diferente a la del estudiante):	
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:
Celular:	Correo electrónico:

Nombre del estudiante:	Número OSIS: ____ - ____ - ____
-------------------------------	--

Salida del estudiante al finalizar las clases

Autorizo a mi hijo a regresar caminando solo a casa a la hora de salida: Sí ☐ No ☐

Si marco 'No', yo o una de las siguientes personas pasaremos a recoger a mi hijo a la hora de salida:

Nombre 1:	Relación con el estudiante:
Teléfono de la casa:	Celular:
Nombre 2:	Relación con el estudiante:
Teléfono de la casa:	Celular:

Las siguientes personas **NO** están autorizadas para recoger a mi hijo:

Nombre 1:	Relación con el estudiante:
Nombre 2:	Relación con el estudiante:
Nombre 3:	Relación con el estudiante:

Si no estoy disponible durante una emergencia, una de las siguientes personas puede recoger a mi hijo:

Nombre 1:	Relación con el estudiante:
Teléfono de la casa:	Celular:
Nombre 2:	Relación con el estudiante:
Teléfono de la casa:	Celular:

**21st Century Community Learning Centers (21st CCLC)
Formulario de autorización para asistir al programa**

Autorizo a mi hijo, _____, a inscribirse y participar en el programa 21st Century Community Learning Centers (21st CCLC), en _____.

Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta) Firma del padre o tutor Fecha

Nombre del estudiante:	Número OSIS: ____ - ____ - ____
-------------------------------	--

Información médica		
* El padre o tutor debe llenar esta sección. Esta información médica confidencial solo será utilizada para garantizar la seguridad de los menores que participan en este programa.		
Alergias	☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es sí, indique a qué es alérgico su hijo: Si la respuesta es sí, ¿necesita o usa su hijo un EpiPen? ☐ Sí* ☐ No
Asma	☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es sí, ¿utiliza su hijo un inhalador u otro medicamento para el asma? ☐ Sí* ☐ No
Diabetes	☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es sí, ¿necesita su hijo medicamento o control de la glucosa en sangre? ☐ Sí* ☐ No Si la respuesta es sí, ¿tiene su hijo una receta para glucagón? ☐ Sí* ☐ No
Trastorno convulsivo	☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es sí, ¿necesita su hijo medicamentos para prevenir o tratar las convulsiones? ☐ Sí* ☐ No
Problemas de visión	☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es sí y su hijo necesita otra ayuda en la escuela además de usar gafas o lentes de contacto, por favor, especifique:
Problemas de audición	☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es sí y su hijo necesita otra ayuda en la escuela además de usar audífonos, por favor, especifique:
Limitaciones físicas	☐ Sí ☐ No	¿Puede su hijo participar sin limitaciones en la clase de Educación Física de la escuela? ☐ Sí ☐ No Si marca 'No', indique qué limita su actividad:
Otros medicamentos	☐ Sí* ☐ No	Si la respuesta es sí, indíquelos:
¿Tiene su hijo necesidades especiales de alimentación, otras necesidades médicas o necesidades emocionales o de conducta? Si la respuesta es sí, especifique: *Tenga en cuenta que para que se puedan tomar o administrar los medicamentos en el programa se necesitará la autorización por escrito del padre o tutor y la orden del médico. Consulte con el director del programa o coordinador de la sede para obtener más detalles.		

En caso de que mi hijo requiera atención médica de emergencia y no sea posible localizarme, autorizo al programa 21st CCLC a que obtenga la atención médica necesaria. Me comprometo a cubrir todos los gastos relacionados con la atención médica de emergencia que reciba mi hijo. Entiendo que se hará todo lo posible para localizarme antes y después de que se proporcione la atención médica. Entiendo que esta autorización entrará en vigor a partir de la fecha en que firme este formulario y permanecerá vigente durante el tiempo que mi hijo esté inscrito en este programa.

Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta)	Firma del padre o tutor	Fecha
---	-------------------------	-------

Nombre del estudiante:

Número OSIS: ____ - ____ - ____

**Autorización para fotografiar, filmar o grabar en video a un estudiante
para usos sin fines de lucro
(p. ej.: fines educativos, de interés público o de concientización sobre la salud)**

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

Por medio de la presente, autorizo al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York a que entreviste, use citas y tome fotografías, filmaciones o grabaciones de video del estudiante que figura arriba. También otorgo al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York el derecho a editar, utilizar y reutilizar dichos materiales sin fines de lucro, incluyendo su uso en material impreso, en internet o en cualquier otro tipo de medio de comunicación. Por medio de la presente también eximo al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York y a sus representantes y empleados de todo reclamo, demanda y responsabilidad con respecto a lo que se menciona arriba.

Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta)

Firma del padre o tutor

Fecha

Dirección del padre o tutor: _____

Nombre del estudiante:	Número OSIS: ____ - ____ - ____
------------------------	---------------------------------

Información demográfica del estudiante Todas las respuestas en las siguientes secciones demográficas son OPCIONALES: (identidad de género, raza, ascendencia, herencia e idiomas hablados)
Identidad de género – Para estudiantes de 14 años en adelante Todas las respuestas en esta sección son opcionales
Identidad de género del estudiante – Para estudiantes de 14 años en adelante. Seleccione todas las respuestas que correspondan. (Opcional) ☐ Género femenino/mujer ☐ Género masculino/hombre ☐ Género no binario (ni femenino/mujer, ni masculino/hombre) ☐ Dos espíritus (Primeras Naciones/Indígenas de Estados Unidos) ☐ Intersexual ☐ No sabe ☐ No entiende la pregunta ☐ Prefiere no responder
Artículos y pronombres de género preferidos – Para estudiantes de 14 años en adelante. Seleccione todas las respuestas que correspondan. (Opcional) ☐ Él/el ☐ Ella/la ☐ Elle/le ☐ Elli/li ☐ Otro: _____ ☐ No sabe ☐ No entiende la pregunta ☐ Prefiere no responder
¿El estudiante se identifica como una persona transgénero? Para estudiantes de 14 años en adelante. Seleccione una sola respuesta. (Opcional) ☐ Sí, me identifico como transgénero ☐ No me identifico como transgénero ☐ No sabe ☐ No entiende la pregunta ☐ Prefiere no responder
Orientación sexual del estudiante – Para estudiantes de 14 años en adelante. (Opcional) ☐ Asexual ☐ Bisexual ☐ Homosexual ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana ☐ Pansexual ☐ <i>Queer</i> ☐ En proceso de descubrir su orientación sexual ☐ Otra orientación sexual: _____ ☐ No sabe ☐ No entiende la pregunta ☐ Prefiere no responder

Nombre del estudiante:	Número OSIS: ____ - ____ - ____
-------------------------------	--

Raza, etnia y ascendencia - Todas las respuestas son opcionales
¿Con qué razas o etnias se identifica? Seleccione todas las respuestas que correspondan. (Opcional)

☐ Asiático ☐ Negro o afroestadounidense ☐ Hispano o latino ☐ Del Medio Oriente o de África del Norte
☐ Indígena de Estados Unidos o de Alaska ☐ Indígena de Estados Unidos o de otras islas del Pacífico ☐ Blanco
☐ Multirracial/Multiétnico ☐ Otra raza o etnia _____ ☐ No sabe
☐ No entiende la pregunta ☐ Prefiere no responder

¿Con qué orígenes o ascendencias se identifica? Seleccione todas las respuestas que correspondan. (Opcional)

☐ Estadounidense ☐ Afroestadounidense ☐ Indígena de Estados Unidos (p. ej.: Navajo) _____
☐ Colombiano ☐ Cubano ☐ Ecuatoriano ☐ Guyanés ☐ Hondureño ☐ Mexicano ☐ Peruano
☐ Puertorriqueño
☐ Salvadoreño ☐ Otro origen hispano o latino (p. ej.: nicaragüense) _____
☐ Dominicano ☐ Haitiano ☐ Jamaiquino ☐ Trinitense
☐ Otro origen caribeño (p. ej.: bahameño) _____
☐ Británico ☐ Francés ☐ Alemán ☐ Griego ☐ Húngaro ☐ Irlandés ☐ Italiano ☐ Polaco ☐ Ruso
☐ Ucraniano ☐ Otro origen europeo (p. ej.: portugués) _____
☐ Africano (p. ej.: nigeriano) _____ ☐ Árabe _____
☐ Indio asiático ☐ Bangladesí ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Coreano ☐ Pakistaní
☐ Otro origen asiático o de otra isla del Pacífico: (p. ej.: japonés) _____
☐ Otro origen: _____ ☐ No sabe ☐ No entiende la pregunta ☐ Prefiere no responder

Nombre del estudiante:	Número OSIS: ____ - ____ - ____
-------------------------------	--

Idiomas hablados
Todas las respuestas son opcionales.

Idioma principal del estudiante. Seleccione una sola respuesta. (Opcional)

☐ Inglés ☐ Albanés ☐ Árabe ☐ Bengalí ☐ Chino (cantonés) ☐ Chino (mandarín) ☐ Francés
☐ Fulani ☐ Alemán ☐ Gujarati ☐ Criollo haitiano ☐ Hebreo ☐ Hindi ☐ Húngaro ☐ Italiano ☐ Japonés
☐ Coreano ☐ Kru, ibo o yoruba ☐ Mandé ☐ Punjabi ☐ Persa ☐ Polaco ☐ Portugués ☐ Romaní
☐ Ruso ☐ Español ☐ Tagalo ☐ Turco ☐ Urdu ☐ Vietnamita ☐ Yidis ☐ Árabe
☐ Otro: _____

Otros idiomas hablados en el hogar. Seleccione todos los que correspondan. (Opcional)

☐ Inglés ☐ Albanés ☐ Árabe ☐ Bengalí ☐ Chino (cantonés) ☐ Chino (mandarín) ☐ Francés
☐ Fulani ☐ Alemán ☐ Gujarati ☐ Criollo haitiano ☐ Hebreo ☐ Hindi ☐ Húngaro ☐ Italiano ☐ Japonés
☐ Coreano ☐ Kru, ibo o yoruba ☐ Mandé ☐ Punjabi ☐ Persa ☐ Polaco ☐ Portugués ☐ Romaní
☐ Ruso ☐ Español ☐ Tagalo ☐ Turco ☐ Urdu ☐ Vietnamita ☐ Yidis ☐ Árabe
☐ Otro: _____

¿Cuál es el nivel de dominio del idioma inglés del estudiante? (Opcional)

☐ Muy bueno/fluido
☐ Bueno
☐ Regular
☐ Pobre
☐ Prefiere no contestar

**Requisitos para los datos estudiantiles y evaluaciones del
programa 21st Century Community Learning Centers**

Comprendo que, según lo estipula la Parte B del Título IV de la Ley Cada Estudiante Triunfa (*Every Student Succeeds Act*, ESSA) [consultar las secciones 4205 (b) y 4203 (14)], la información académica, de conducta, de asistencia y de participación de mi hijo se divulgará al Departamento de Educación del Estado de Nueva York y sus contratistas legítimos, a fin de medir y evaluar la calidad e implementación del programa local 21st Century Community Learning Center (21st CCLC), al igual que la eficacia de los programas del Estado de Nueva York para respaldar la formación de los estudiantes.

Comprendo que se podría solicitar, tanto la participación de mi hijo como la mía, en encuestas o entrevistas acerca del programa 21st CCLC y sus resultados.

Marque la siguiente casilla solamente si desea excluirse voluntariamente y no participar en encuestas o entrevistas: ☐

Nombre del estudiante: _____

N.º de identificación estudiantil (OSIS): _____ - _____ - _____

Escuela: _____

Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta)

Firma del padre o tutor

Fecha