

Fecha de aplicación _____ Datos procesados _____ Valor recibido _____

Registración \$25

Regresando Nueva Registraci3n 3-8 \$145 3-8 \$29 Por Dia (1 a1o de experiencia previa)

El Sistema Somerville Registraci3n 2025-2026

Gr 3-8: Lunes Martes Mi3rcoles Jueves Viernes

Nombre de ni1o _____ Edad _____
Apellido Primer Segundo Nombre a partir de 8/31/25

Fecha de Nacimiento _____ Grado para 2025/26 _____ Escuela _____ Maestro _____

Direcci3n de casa _____ Somerville, MA Zip Code _____

Masculino Femenino Estatura _____ Peso _____ Color de Piel _____

Identificar caracter3sticas

Color de cabello _____ Color de ojos _____ Marcas de Nacimiento _____

Restricciones diet3ticas / alergias alimentarias _____

Consideraciones religiosas / otras consideraciones especiales _____

Padre/Tutor (1) _____

Relaci3n hac3a el ni1o Madre Padre Abuelos
 Otro Familiar Familia Adoptiva Otro _____

Correo electr3nico _____

Tel3fono _____
Casa Tel3fono m3vil Trabajo

Direcci3n _____
N3mero de calle, nombre y apartamento. C3digo postal

Trabajo/Escuela _____ **Horas semanales de trabajo/ escuela** _____

Padre/Tutor (2) _____

Relaci3n hac3a el ni1o Madre Padre Abuelos
 Otro Familiar Familia Adoptiva Otro _____

Correo electr3nico _____

Tel3fono _____
Casa Tel3fono m3vil Trabajo

Direcci3n _____
N3mero de calle, nombre y apartamento. C3digo postal

Trabajo/Escuela _____ **Horas semanales de trabajo/ escuela** _____

Historial médico y formulario de consentimiento de emergencia

Información de contacto de emergencia (proporcione 2 adultos adicionales sin incluir el padre / tutor)

Adulto Contacto #1			
Nombre _____		Relacion hacía el niño _____	
Dirección _____			
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono _____		Teléfono móvil _____	
Casa	Trabajo		

Adulto Contacto #2			
Nombre _____		Relacion hacía el niño _____	
Dirección _____			
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono _____		Teléfono móvil _____	
Casa	Trabajo		

Historia de la salud y del desarrollo

Para que podamos satisfacer mejor las necesidades de su hijo, proporcione la siguiente información a continuación:

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| 1. Alergias (abejas, alimentos, medicamentos) | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | _____ |
| 2. Convulsiones / Epilepsia | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | _____ |
| 3. Deterioro de la audición / visión | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | _____ |
| 4. Enfermedades crónicas (asma, diabetes). | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> no | _____ |
| 5. Enfermedad serias | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | _____ |
| 6. Preocupaciones emocionales / desorden | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | _____ |
| 7. Las hemorragias nasales | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | _____ |
| 8. Limitaciones Especiales de IEP / 504 * | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | _____ |
| 9. ** Lista de todos los medicamentos | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | _____ |

** Si su hijo va a tomar algún medicamento durante las horas de El Sistema, necesitaremos el **medicamento con la etiqueta de la receta**. Por favor lea y firme abajo.

Nombre de la medicación: _____ Tiempo / Dosis: _____
Razón de la medicación: _____ Instrucciones para el almacenamiento: _____

Yo, _____ doy permiso a los miembros del personal autorizado para administrar medicamentos a mi hijo como se indicó anteriormente.

Fecha del último examen físico. _____

Lista de inmunizaciones y fecha de los últimos Booster y Tétanos: _____

Médico / clínica infantil _____

Dirección _____ Teléfono _____

Información y póliza de seguros # _____

En caso de una emergencia, su hijo será trasladado al Hospital Somerville o al hospital más cercano para recibir tratamiento, a menos que se especifique lo contrario aquí: _____

Yo, autorizo a los empleados de El Sistema que estén capacitados en los conceptos básicos de primeros auxilios / RCP para que le brinden primeros auxilios a mi hijo cuando sea apropiado.

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____

Plan de transporte

Nombre de niño _____

Apellido

Primer

Segundo Nombre

Mi hijo llegará al programa por:

- Caminando supervisado por el maestro
- Autobús del distrito (SPED, SEIP, ELL)
- Autobús MBTA (los estudiantes 12 años o más pueden obtener un pase de la Administración Central)
- Caminando sin supervisión (**estudiantes en los grados 5 y más solamente**)
- Otro (describa) _____

Mi hijo saldrá del programa por:

- Padre/Tutor lo recogerá
- Microbus del programa DCF
- Caminando sin supervisión (**estudiantes de 4º - 8º grado con permiso por escrito del padre / tutor**)
- Otro (describir)

Autorización para el despido del programa

Estoy de acuerdo en cumplir con las horas del programa y recogeré a mi hijo no más tarde de las **5:30pm**, de lunes a viernes.

Doy permiso para que mi hijo salga del programa:

- NADIE, excepto los padres / tutores que figuran en la página 1 de este paquete de registro
- Con los adultos que figuran como contactos de **emergencia** en la página 2 de este paquete de inscripción
- Padres/tutores, contactos de emergencia y el adulto autorizado adicional** que se detalla a continuación:

Nombre _____ Relacion hacía el niño _____

Dirección local _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono _____

Casa

Trabajo

Teléfono móvil

CUALQUIER OTRA SOLICITUD DE TRANSPORTE DEBE ESTAR INDICADA POR ESCRITO Y MANTENERSE EN EL ARCHIVO DEL NIÑO O EL PLAN ANTERIOR DEBE IMPLEMENTARSE. POR FAVOR, INFORMAR AL PERSONAL DEL PROGRAMA DE CUALQUIER CAMBIO. SE REQUIERE LA IDENTIFICACIÓN Y LA IMAGEN DE LA IMAGEN VERBAL O ESCRITA PARA CUALQUIERA NO ESTÁ INCLUIDA EN LA LISTA DE ARRIBA.

Alerta de alergia!

** Tenga en cuenta que es posible que haya estudiantes en **El Sistema Somerville** que tengan alergias a los alimentos, incluyendo a TODAS LAS NUECES (cacahuetes y nueces de árbol) y HUEVOS. Por favor, no empaques ningún alimento de la casa que pueda contener nueces o huevos.

Notifique a la administración del programa sobre cualquier alimento adicional y / u otras alergias para garantizar una acción inmediata para mantener a todos los estudiantes seguros.

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____

Información individualizada del alumno y familiar

Para brindar la mejor atención a su hijo, complete la siguiente información.

¿Está su hijo recibiendo servicios de educación especial? Sí No

(IEP "Plan educativo individual" 504, Salon del clase con programa de protección, Terapia Ocupacional, Terapia del habla, Asesoramiento)

¿Cómo describiría el comportamiento de su hijo en un día típico y cuál es el mejor tipo de disciplina (es decir, juega bien con los demás, esta la mayor parte aislado, es muy energetico, nesesito espacio / poniendole en tiempo le ayuda)?

¿Necesita su hijo ayuda durante las transiciones, como al baño, otra actividad o asistencia especializada durante la hora de la tarea?

Información de la familia y el niño

Tamaño de la familia (incluido usted y cualquier adulto que viva en su hogar)	# Total	# de Adultos	# de Niños
Vivienda (marque uno)	<input type="checkbox"/> Vive con parientes <input type="checkbox"/> Casa Propia	<input type="checkbox"/> Alquila Apartamento <input type="checkbox"/> Provisión de vivienda <input type="checkbox"/> Sin Hogar	<input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Otro
Situación de vivienda (Marque lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> 2 Padres <input type="checkbox"/> Cabeza de hogar femenino <input type="checkbox"/> Adoptado	<input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Cabeza de hogar Masculino	<input type="checkbox"/> Padre Adolescente <input type="checkbox"/> Otro
Estado Civil (marque uno)	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Soltero/a
Idioma Principal del hogar Se habla en casa (marque uno)	<input type="checkbox"/> Dialecto Africano <input type="checkbox"/> Dialecto Chino <input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Creole Haitiano <input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro
Estado de Empleo Padre/Tutor 1	<input type="checkbox"/> Empleado /a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Asistiendo a la Escuela <input type="checkbox"/> Asistencia DTA
Estado de Empleo Padre/Tutor 2	<input type="checkbox"/> Empleado /a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Asistiendo a la Escuela <input type="checkbox"/> Asistencia DTA

Idiomas del niño (marque todos los idiomas que habla el niño)	<input type="checkbox"/> Dialecto Africano <input type="checkbox"/> Dialecto Chino <input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Creole Francés <input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro
Etnicidad del niño (marque uno)	<input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Cabo Verdiano <input type="checkbox"/> Caribeño <input type="checkbox"/> Caucásico	<input type="checkbox"/> Haitiano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro

Opción de instrumento de música

Por favor seleccione la preferencia de instrumento de su hijo a continuación. Todos los estudiantes tendrán la oportunidad de probar un instrumento (s) en septiembre de **2025** y serán aptos para el instrumento de tamaño correcto en este momento.

- Violín Viola Violonchelo Bajo
 Flauta Clarinete Saxofón
 Trompeta Trombón Eufonio

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____

El Sistema Somerville 2025-2026 Contrato Padre / Guardián

Nombre de niño _____
Apellido Primer Segundo Nombre

Al firmar este contrato, acepto los términos a continuación:

- ü Estoy de acuerdo en pagar la cuota de inscripción no reembolsable de \$25.00 al momento de la inscripción.
- ü Entiendo que el pago se debe realizar con una semana de anticipación los viernes (para la semana siguiente) o los lunes (para la semana actual) y que a mi hijo no se le permitirá permanecer en el programa si no se ha pagado la tarifa semanal.
- ü Entiendo que los pagos se basan en una tarifa fija y NO se prorratearán los días feriados y los días no asistidos, incluidos los días de enfermedad y los días de nieve, tal como se describe en el Manual de la familia.
- ü Todos los pagos de matrícula deben hacerse por cheque o giro postal. No se aceptará efectivo. Entiendo que se aplicará un cargo de \$30.00 a mi cuenta por los cheques devueltos. (Dos (2) cheques devueltos darán lugar a pagos de giros postales por el resto del año).
- ü Autorizo a El Sistema para administrar primeros auxilios básicos y RCP o para buscar atención médica en caso de una emergencia. Entiendo que el personal del programa hará todos los esfuerzos razonables para contactarme en caso de que ocurra una lesión.
- ü Por este medio doy mi consentimiento para la participación de mi (s) hijo (s) en las actividades de El Sistema, incluyendo excursiones que requieren transporte y otras actividades fuera del sitio, tales como: visitas a parques locales, actuaciones en las comunidades de Somerville y Greater Boston, paseos por el vecindario, Todos los días, desde las 2:30pm (12:00pm en los días de salida temprana). Al dar este consentimiento, acepto que no presentaré una demanda contra el personal del programa o sus empleadores por los daños o lesiones personales en que haya incurrido mi hijo mientras participo en las actividades del programa.
- ü Pueden tomarse fotografías y/o grabaciones de video durante el programa para uso de las Escuelas Públicas de Somerville para materiales y/o enviarse a los medios de comunicación. Para la privacidad y seguridad de todos, el uso o apariencia de uso (mostrar el dispositivo de tal manera que pueda hacer que una persona crea que está ser fotografiado o registrado) de cualquier dispositivo electrónico no está permitido en ningún vestuario o baño en el SPS o en cualquier vestuario o baño en cualquier evento patrocinado por la escuela. Fotografiar o grabar está prohibido en el SPS a menos que esté autorizado para fines educativos o escolares.
- ü Entiendo que El Sistema se reserva el derecho de despedir a cualquier participante por problemas de comportamiento consistente con la póliza de manejo del comportamiento como se describe en el Manual para la familia.

Contrato de publicación de fotos:

Doy permiso para que la foto de mi hijo se tome y se use con fines educativos y promocionales en publicaciones de medios sociales en los boletines escolares de ESCS, los periódicos locales de Somerville, El Sistema Somerville Sitio web y página de Facebook de El Sistema Somerville. **Sí** **No**

Firma del Padre / Tutor _____

Política de cancelación: *Retirarse del programa requiere un aviso por escrito de dos semanas. La fecha de cancelación se contará a partir de la fecha en que se reciba la notificación por escrito. Las cancelaciones deben ser enviadas via email al Director de El Sistema Somerville en la Escuela East Somerville Community School.*

****TODAS LAS INSCRIPCIONES COMPLETADAS DEBEN ENVIARSE POR CORREO ELECTRÓNICO:**

eperry@k12.somerville.ma.us
cserna@k12.somerville.ma.us

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____

Aplicación de El Sistema para la Asistencia Financiera

La siguiente información (si aplica) es solicitada y debería ser sometida juntamente con la aplicación:

- Comprobante de Residencia
 - Un recibo de servicios de utilidad del mes anterior con su nombre y dirección, o una copia de su actual contrato anual, o un cheque anulado y un estado de cuenta del banco con el logo del banco y dirección.

- Comprobante de Ingreso
 - 1 mes del reciente cheque que le han pago de todos los miembros adultos de la casa
 - Una carta oficial de su empleador y copia del reciente devolución de impuestos, si usted no tiene colillas de pago
 - Declaración de la Manutención de los niños
 - Cualquier otro documento de ingreso tal como SSI, SSDI, DTA, pensión, retiro
 - Si usted trabaja por su cuenta, usted debe proveer su última planilla de los impuestos y otros documentos que le sean requeridos. O, una carta del empleador con su Numero de Seguro Social o el Numero de Identificación Federal, el pago por hora y las horas que trabaja por semana en una carta con membrete y la firma y numero de teléfono. Además a usted se le pedirá que complete algunas formas para las becas disponibles subsidiadas.
 - Si usted esta en la escuela, una copia de su itinerario o la matricula de sus clases para el semestre o una carta oficial indicando el tipo de entrenamiento, horario semanal, y fecha que inicia y termina

- Usted debe demostrar la necesidad por la cual usted necesita cuidado después de la escuela entre las horas de 2:30 –5:30. Esto incluye:
 - Padres/guardianes trabajando mas de 20 horas por semana
 - Padres/guardianes tomando entrenamientos o programa de educación
 - Incapacidad de los padres y necesidad del cuidado para el niño incluyendo una carta de un medico
 - Niño/a con Necesidad Especial (Por favor someta el IEP) y padres trabajando al menos 20horas por semana o en una escuela o programa de entrenamiento

- Partida de Nacimiento de todos los niños en la familia y o documentación del guardián legal, si es adoptado

- Números de Seguro Social de todos los niños. Al padre/guardián con la custodia también se le preguntara por los números de seguro social; sin embargo, los niños todavía serán aceptados en el programa, si los números de los padres no son proveídos.

- Identificación con foto del padre/ guardián con custodia

Por favor no someta la aplicación hasta que usted tenga toda la documentación de apoyo.

Sólo para uso de oficina

Program Applying for _____
____ New Application ____ Renewal

Date Returned for additional information or if not eligible (if applicable) _____

Date Completed Application Received _____

Date of Scholarship Award Letter _____ Last Year's Rate _____ New Rate _____

Staff Initials _____

Comments: