



Programa después de la escuela Inscripción para Tutoría 2024

Nombre del Niño	Raza/Etnicidad	Sexo	Fecha de Nacimiento	Grado
Información de Necesidades Especiales	¿Calificada por el almuerzo gratis/reducido?	ID del Estudiante	Información Médica	

Padre/Tutor 1

Padre/Tutor 2

Nombre:	Nombre:
Dirección de correo electrónico (requerido):	Dirección de correo electrónico (requerido):
Dirección de la casa:	Dirección de la casa:
Teléfono de la casa:	Teléfono de la casa:
Teléfono del trabajo:	Teléfono del trabajo:
Teléfono celular:	Teléfono celular:

Contacto de Emergencia (diferente a los padres)

Nombre:	Relación:
Teléfono de la casa:	Teléfono celular:
Dirección de la casa:	

- Los pagos deben realizarse con un mes de antelación el día 10 del mes.
- No habrá reembolsos por ausencias por enfermedad, vacaciones o cierre de escuelas por mal tiempo.

Forma de pago: Cheque Tarjeta de Crédito Efectivo Retiro Automático

*Los pagos con tarjeta de crédito tendrán una tarifa adicional del 3.3% de la transacción para cubrir los costos de procesamiento.

Inscripción para Tutorías

Autorización para Fotografiar: Por la presente autorizo al programa BLC a fotografiar y/o grabar en video a mi hijo/a con fines promocionales en revistas, carteles, sitios web y redes sociales.

SI NO Iniciales _____

Tutoría K-5 grado
Fechas: Octubre a Mayo

Costo: \$35 por sesión (40 minutos)

****Para becas disponibles contáctenos a través de nuestro correo Info@blcenter.org**

La tutoría será proporcionada por miembros de nuestro personal bilingüe responsable y educado en sus áreas de especialización. Si prefieren una maestra licenciatura, contactenos y nosotros arreglamos (por un costo adicional)

Por Favor, especifique el idioma en el que desea la instrucción:

¿En que le gustaría que trabajara su hijo/a en la tutoría? ¿Cuáles son sus metas de aprendizaje?

Inglés	Español
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Maestro/a de aula: _____ **Maestro** _____

Nos pondremos en contacto con su maestro/a para obtener sugerencias sobre en qué trabajar con su hijo/a

Especifique las días y tiempos preferidas para tutoría; BLC te contactara con información sobre el horario

Permítanos una semana para conseguir un tutor y discutir estrategias con el maestro de su hijo.

Horario para tutoría: solo por cita, entre 4-6PM

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De: ____ a ____	De: ____ a ____	De: ____ a ____	De: ____ a ____	De: ____ a ____

Inscripción para Tutorías

Por favor, revise los términos y políticas del contrato de BLC antes de firmar.

Al firmar, confirmo que he leído, comprendido y aceptado plenamente los términos y políticas del contrato de BLC.

Nombre del Padre/Guardianes: _____

Fecha: _____

Firma del Padre/Guardianes: _____

CONTRATO DE BUENA CONDUCTA

Si Usted firma para participar en nuestro programa de Bilingual Learning Center, Usted debe entender y estar de acuerdo con las siguientes expectativas: Por favor léale a su hijo las siguientes oraciones y luego firme al final:

1. Yo mostraré respeto a todos los empleados, maestros y estudiantes.
2. Yo participaré positivamente en todas las clases.
3. Yo seguiré todas las instrucciones que los maestros y empleados me digan.
4. Yo seré responsable por el cuidado de todos los materiales y el ambiente en la escuela.
5. Yo necesito ayuda, llamaré a un adulto/maestros/ tutor del programa.
6. Yo me comprometo a participar todos los días en los programas que me registre.
7. Yo trabajaré muy duro para aprender otro idioma distinto al mio (inglés) para comunicarse con otros.

Si yo NO sigo las reglas del programa, esto me va a pasar:

1. Mi primera advertencia: Quedarme sentado en la silla de pensar o perder privilegios en el programa de BLC.
2. Mi segunda advertencia: Reunirme con la coordinadora de programas y hacer un contrato de conducta que debe ser firmado por mis padres, con la finalidad que vuelva al programa de BLC.
3. Mi tercera advertencia y última: Se llamará a sus padres del incidente y no podrá volver al programa de BLC.

Acuerdo de asistencia al programa de BLC (solo para estudiantes con becas)

Entiendo que hay muchos estudiantes que desean participar en el programa de BLC. Entiendo que debo tener el compromiso de asistir al programa los días en que estoy inscrito. Si dejo de venir por tres días consecutivos sin avisar o enviar una nota a la coordinadora, mi beca será otorgada a otro estudiante que lo necesite. La coordinadora se pondrá en contacto con el padre o representante legal del estudiante.

Firma del estudiante: _____

Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Inscripción para Tutorías

Renuncia, Liberación, Indemnización, Exención de Responsabilidad y Permiso para Obtener Tratamiento Partir de Abril 2024

BLC está comprometido a llevar a cabo sus programas y actividades recreativas de la manera más segura posible y considera la seguridad de sus participantes como de la mayor importancia. Sin embargo, los participantes que se inscriben ellos mismos o los padres/tutores que inscriben a sus hijos/as en los programas recreativos deben reconocer que existe un riesgo inherente de lesiones al elegir participar en actividades recreativas. BLC se esfuerza continuamente por reducir tales riesgos e insiste en que todos los participantes sigan las reglas de seguridad e instrucciones diseñadas para proteger la seguridad de los participantes.

Por favor, reconozca que BLC no cuenta con seguro médico para lesiones sufridas por los participantes. El costo de dicho seguro haría prohibitivas las tarifas del programa. Por lo tanto, los padres/tutores que inscriban a su hijo/a en las actividades del BLC deben revisar su propia póliza de seguro de salud para determinar la cobertura. Es importante tener en cuenta que la falta de cobertura de seguro de salud no hace que BLC sea responsable del pago de gastos médicos. Debido a la dificultad y alto costo de obtener un seguro de responsabilidad civil, la agencia que proporciona cobertura de responsabilidad para BLC REQUIERE la ejecución del siguiente Renuncia y Liberación. Su cooperación es muy apreciada.

Por favor, lea este formulario detenidamente y tenga en cuenta que al inscribir a su hijo/a menor de edad para participar en las actividades del Bilingual Learning Center, estará renunciando y liberando todos los reclamos por lesiones que usted o su hijo/a puedan sufrir derivadas de estos programas. Si el participante es menor de edad, este formulario debe ser firmado por un padre o tutor.

Renuncia y Liberación de Todos los Reclamos

Como participante en las actividades del Bilingual Learning Center, acepto asumir el riesgo total de cualquier lesión, incluyendo la muerte, daños o pérdidas, independientemente de su gravedad, que yo o mi hijo/a puedan sufrir como resultado de participar en todas y cada una de las actividades relacionadas con dichas actividades.

Acepto renunciar y renunciar a todos los reclamos que yo o mi hijo/a podamos tener como resultado de participar en las actividades contra BLC y sus directores, funcionarios, fideicomisarios, agentes, servidores y empleados

Por la presente, libero completamente a BLC, y a sus respectivos directores, funcionarios, fideicomisarios, agentes, servidores y empleados de cualquier y todos los reclamos por lesiones, incluyendo la muerte, daños o pérdidas que yo o mi hijo/a podamos tener o que puedan acumularse en mi contra debido a mi participación.

Además, aceptó indemnizar y eximir de responsabilidad y defender a BLC, y a sus respectivos directores, funcionarios, fideicomisarios, agentes, servidores y empleados de cualquier y todos los reclamos por lesiones, incluyendo la muerte, daños y pérdidas sufridos por mí o mi hijo/a o que surjan, estén relacionados con o estén de alguna manera asociados con las actividades de los programas

Permiso para Obtener Tratamiento

En caso de emergencia, autorizo a BLC y a sus respectivos directores, funcionarios, fideicomisarios, agentes, servidores y empleados a obtener tratamiento de cualquier hospital con licencia, médico y/o personal médico, y/o cualquier tratamiento que se considere necesario para mí o el cuidado inmediato de mi hijo/a, y estoy de acuerdo en que seré responsable del pago de todos los servicios médicos requeridos.

En el caso de que yo o mi hijo/a requiramos el uso y la administración de un epi-pen, medicamento recetado o de venta

Bilingual Learning Center

5821 Wentworth Ave. S., MPLS. MN 55419

Teléfono: (612) 668-3384

Fax: (612) 668-3380

Sitio de Web: blcenter.org

Correo electrónico: info@blcenter.org

Inscripción para Tutorías

libre, es mi responsabilidad asegurarme de que el epi-pen y/o los medicamentos estén conmigo o con mi hijo/a o dentro de nuestros pertenencias personales cada día del programa. Si el personal de BLC necesita administrar y usar el epi-pen

y/o cualquier medicamento, aceptó liberar y eximir para siempre a BLC y a sus directores, funcionarios y empleados de cualquier y toda responsabilidad derivada del uso o administración del epi-pen y/o medicamento

FIRMA: _____
(La firma de padre o guardiano)

Nombre : _____ **Fecha:** ____/____/_____
(mes) (dia) (año)

RELACIÓN CON EL PARTICIPANTES ESTUDIANTIL: _____