

Asistencia GRATIS para tutoría / tareas después de la escuela

¿Le gusta contar con el apoyo adicional de los maestros y compañeros mientras completa la práctica independiente?
¿Hay muchos prerrequisitos en su camino ALEKS y necesita tiempo adicional y ayuda para completar esos vacíos de aprendizaje? Tal vez solo necesite un espacio tranquilo y un poco de tiempo estructurado para trabajar en su tarea antes de irse a casa con su familia. Este programa también es una gran opción para los estudiantes que no tienen acceso a Internet confiable en el hogar.

Requisitos: Los estudiantes se registrarán todos los días y deben saber en qué están trabajando, así como exactamente cómo se van a casa (retiro de padres o parada de autobús de actividades). Cada estudiante que asiste al programa de tutoría debe traer un formulario de inscripción completo (incluida la sección de contacto de emergencia).

- Quién: Todos los estudiantes de Harns Marsh Middle School
- Qué: GRATIS Tutoría después de clases / Asistencia con tareas
- Dónde: HMMS Librería
- Cuándo: 4:10 - 5:15 todos los martes, miércoles y jueves (excepto días festivos, días despido temprano y profesor días laborables)
- Salida: Los estudiantes saldrán a las 5:15 p. m. y pueden recogerse o tomar el autobús de actividades.
 - Los padres que recogen a sus hijos deben estar en la línea de recogida para los padres a más tardar a las 5:15 p.m.
 - Los estudiantes pueden viajar en uno de los dos autobuses de actividades (estos autobuses tienen paradas de autobús limitadas, por favor vea las rutas de autobús a continuación e indique qué parada debe usar el alumno).

Nombre del estudiante _____ Grado ____ Número de identificación _____

_____ CAMINAR / BICICLETA: Mi hijo tiene permiso para caminar o andar en bicicleta a casa.

_____ RECOGIDA DE PADRES: Alguien recogerá a mi hijo a las 5:15 p. M. (Los estudiantes que no sean recogidos antes de las 5:30 irán al programa de pago y se les cobrará una tarifa de registro más la tarifa diaria.)

_____ AUTOBÚS DE ACTIVIDAD: Mi hijo viajará en el autobús de actividades. Su parada será _____.

Lehigh Bus 1738

5:30 PM RICHMOND AVE N & WOODBURN
DR/WINDERMERE DR
5:43 PM COUNTRY CLUB PKWY & KINGSTON ST
5:48 PM BELL BLVD & GRANT BLVD
6:02 PM EAST LEE COUNTY HIGH BUS RAMP
6:11 PM COLUMBUS BLVD & BELGRAVE ST
6:34 PM VETERANS PARK ELEM
6:38 PM ARTHUR AVE IN FRONT OF LEHIGH ACRES
MIDDLE
6:41 PM G WEAVER HIPPS ELEM & TAYLOR LN
6:51 PM 40TH ST SW & SUSAN AVE S
6:53 PM 40TH ST SW & HANNA AVE S
7:01 PM LEONARD BLVD S & GREGORY AVE S-NORTH
SIDE
7:06 PM GRIFFEN DR & GATEWAY ELEM
7:17 PM TREELINE AVE & TREELINE ELEM
7:29 PM FORUM BLVD & REAVELLO BLVD-DOOR SIDE
THE COLONNADE AT THE FORUM

Fort Myers Bus1705

5:28 PM 68TH ST W & JUNE AVE N
5:49PM SUNSHINE ELEM
6:06 PM LEHIGH SENIOR HIGH
6:21 PM TORTUGA PRESERVE ELEM BUS RAMP
6:32 PM RIVERDALE HIGH & RIVERDALE HIGH
6:44 PM ROYAL PALM PARK RD & LAVONNE
AVE-SHANDLER HALL
6:48 PM EDGEWOOD AVE/EDGEWOOD ACADEMY
6:53 PM JAMES STEPHENS INT ACADEMY
6:57 PM TICE ELEM IN FRONT OF SCHOOL
7:11 PM ORANGE RIVER ELEM RAMP
7:20 PM SAMVILLE RD/WILLIAMS RD-BAYSHORE ELEM

Parent signature _____

Maestro/a: _____
 (grados 6 - 12, Maestro/a de la clase inicial)

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y DE SALUD DEL ESTUDIANTE

ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL, PERO SE PODRÁ COMPARTIR CON LOS EMPLEADOS ESCOLARES APROPIADOS

FECHA: _____
 CONDICIONES MEDICAS - MIRE ABAJO
 ** si es diferente del anterior

Nombre Legal Completo del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # I.D. _____

Apellido _____ Nombre _____

Dirección:

Padre: Natural/Padraastro/Custodia temporaria por orden jurídica (favor de circular uno) Nombre: _____ CELULAR: _____ Oficio y Lugar de Empleo: _____ Teléfono del Trabajo: _____	Tutor: Legal (si es diferente del anterior) Nombre: _____ CELULAR: _____ Oficio y Lugar de Empleo: _____ Teléfono del Trabajo: _____
--	---

TIENE QUE LLENAR LO SIGUIENTE: Personals que cuidarán al estudiante si no podemos comunicarnos con los padres: (Solamente las personas que aparecen en la lista podrán recoger a su hijo/a, con la identificación apropiada)

Nombre _____ Parentesco: _____ TEL.: (Hogar) _____ Nombre _____ Parentesco: _____ TEL.: (Hogar) _____	Nombre _____ Parentesco: _____ TEL.: (Trabajo) _____ Nombre _____ Parentesco: _____ TEL.: (Trabajo) _____
--	--

Apunte a todos los niños en la familia por orden de nacimiento:

Nombre (primero y apellido)	Edad/Sexo	Viven en Casa	Grado/Maestro/a	Escuela

Por favor marque todas las condiciones médicas que se aplican a su hijo: (Marque y Circule si le aplica)

ADD/ADHD Asma Migraña Pérdida de Audición Lentes Anteojos/Lentes de Contacto
 Alergias: Alimentos/Látex/Insectos/Medio Ambiente Especifique _____ Medicamento Epi-pen
 Diabetes/Tipo _____ ¿Para "llevar el control" examen de la Sangre en la Escuela? Sí o No ¿Insulina? Sí o No
 Enfermedades del Corazón/de los Riñones _____ ¿Cirugía? Sí o No ¿Medicamento? Sí o No
 Ataques (Convulsiones)/Tipo _____ ¿Medicamento? Sí o No
 Cualquier otra condición que requiera ser observada: _____

Nombre del Médico _____ Teléfono _____

Declaración de los Padres: Yo acepto la responsabilidad de notificar a la escuela de cualquier cambio de dirección de mi hogar, teléfono de mi hogar, negocio (sitio de trabajo), o cualquier cambio del estado. Los estudiantes pueden recibir del Estado servicios específicos de salud y la visión, la audición, peso, índice de masa corporal y la escoliosis. Si el examen de la vista muestra la necesidad de un examen de la vista de seguimiento, y si su hijo(a) es elegible, el Programa de Visión de la Florida Infantil Heiken o la Florida Vision Quest puede proporcionar un examen de la vista gratis por un optometrista con licencia, el cual puede incluir la dilatación, la refracción, y espejuelos si está prescrito. Estoy de acuerdo en un intercambio mutuo de información entre el Programa de Visión del Infántil Heiken de la Florida, el Florida Vision Quest, los proveedores referidos, DOH y mi Condado de Escuelas Públicas de cualquier y toda la información necesaria para permitir que mi hijo(a) reciba servicios y estoy de acuerdo en liberar y mantener indemne a la Junta Escolar del Condado Miami Lighthouse for the Blind y con Discapacidad Visual, Programa de Visión de la Florida, el Programa de Visión Heiken para Niños y los proveedores de Vision Quest de la Florida de cualquier y toda responsabilidad por cualquier daño o reclamación resultante de la participación de mi hijo(a) en el Programa de Visión para Niños Heiken de la Florida o la Vision Quest de la Florida. El estudiante puede estar exento de cualquiera de estos servicios si el padre o tutor solicita dicha exención por escrito, de salud de mi hijo/a. Los estudiantes pueden recibir servicios de salud especificados por el Estado y evaluaciones pre eliminarias de la vista, la audición, el peso, el índice de Masa Corporal (por sus siglas en inglés BMI) y de escoliosis. El estudiante puede ser exento/a de cualquier de cualquier de estos servicios si el padre/madre/tutor legal pide dicha exención por escrito. En caso de enfermedad que no se pueden inmediatamente comunicar conmigo, yo doy mi permiso para que transporten a mi niño/a por ambulancia u otro medio de transportación a la oficina de un doctor o a un hospital para que pueda recibir inmediatamente atención médica, y yo asumo la responsabilidad del pago de dichos servicios. En caso de emergencia o de enfermedad que no requiera tratamiento inmediato, pero que mi niño/a no pueda permanecer en la escuela, yo pido que la escuela se comunique conmigo. Si no pudieran comunicarse conmigo, yo pido que se comuniquen con las personas anotadas más adelante para que cuiden a mi niño/a hasta que puedan comunicarse conmigo. Estas personas tienen mi permiso para transportar a mi hijo/a a ciertos archivos académicos de mi hijo/a se compartirán con socios de salubridad del Distrito como sea necesario para suministrar y evaluar servicios de salud y que ciertos de los archivos de tratamientos médicos de mi hijo/a creados por personal de salubridad de la escuela se pueden compartir con oficiales escolares que tengan una necesidad legítima de acceso a ellos.

Yo comprendo que la información contenida en este formulario será la información oficial de la guía estudiantil.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal _____ Fecha _____