

# Proyecto de Innovación Solicitud de Estudiante de verano 2020



¡Su hijo/a esta siendo invitado/a a aplicar para el Proyecto de Innovación! Este programa refleja nuestras aulas diversas y totalmente integradas. Únase a nosotros para una oportunidad de aprendizaje de verano emocionante e inclusiva donde los estudiantes colaboran con sus pares y participan en proyectos que responden a preguntas complejas y ofrecen soluciones para problemas de la vida real. Si bien la mayor parte del día los estudiantes participan en el aprendizaje basado en proyectos, hay un bloque de intervención diario de 40 minutos para que los estudiantes persigan sus objetivos de aprendizaje individualizados.

**¿Quién? Todos los estudiantes actualmente matriculados en los grados K-8**  
**¿Dónde? Educación a Distancia**  
**¿Cuándo? 6 de julio del 2020 al 14 de agosto del 2020**  
**Lunes a viernes**

*Por favor, regrese el siguiente formulario lo antes posible. Dado el cierre extendido debido a Covid 19, tomaremos decisiones sobre el Proyecto de Innovación en base a la orientación que nos proporcione el Estado.*

Nombre del Estudiante:

\_\_\_\_\_  
(Nombre de pila) (Inicial del Segundo Nombre) (Apellido) (Fecha de Nacimiento: Mes/Día/Año)

Dirección de la Casa: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Código Postal)

Nombre(s) Padre/Tutor: \_\_\_\_\_  
(Nombre de Pila) (Apellido) (Relación con el Estudiante)

Nombre(s) Padre/Tutor:: \_\_\_\_\_  
(Nombre de Pila) (Apellido) (Relación con el Estudiante)

Teléfono del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_  
(Hogar) (Celular) (Trabajo)

Correo Electrónico(s) Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Teléfono) (Relación con el Estudiante)

## Permiso para Fotografías:

Hay una posibilidad que los medios locales tomen fotografías durante el programa de verano. Por favor, coloque una marca debajo si usted **no desea** que la fotografía o nombre de su hijo/a se use para ningún propósito.

\_\_\_\_ YO **NO QUIERO** QUE LA FOTO O NOMBRE DE MI HIJO/A SE PUBLIQUE POR NINGÚN MOTIVO

\*\*\*\*\*

**INFORMACIÒN MEDICA:** En caso de emergencia, yo entiendo que mi hijo/a serà transportado/a al centro mèdico màs cercano y que se me notificarà lo antes posible.

Yo doy mi consentimiento y autorizaciòn para cualquier primer tratamiento mèdico que se realice, incluido cualquier procedimiento de diagnostico, atenciòn mèdica, dental, quirùrgica y hospitalizaciòn determinada por cualquier mèdico, dentista, o personal del hospital que brinde salud a mi hijo.

Por favor, enumere cualquier alergia o condiciòn que tenga su hijo/a (Ejemplos: medicaciones, sol, comida, planes, picadura de abejas, enfermedad de movimiento, etc.)

---

Por favor, enumere cualquier enfermedad o lesiòn importante incluyendo condiciones crònicas (asma, diabetes, convulsiones) etc.

---

Por favor, enumere cualquier medicamento que su hijo/a tome.

---

### **Còdigo de Conducta del Proyecto de Inovaciòn**

**Como estudiante del Proyecto de Inovaciòn yo voy a fortalecer a los estudiantes:**

- **Siguiendo las reglas de la escuela.**
- **Llegando al programa a tiempo y listo para pensar críticamente, hacer preguntas y aprender.**
- **Siendo amable conmigo mismo/a y con los demás.**
- **Trabajando en colaboraciòn con un compromiso de éxito compartido.**
- **Ser responsable de mis acciones y mis palabras.**

***Si soy aceptado/a participar del Proyecto de Inovaciòn, mi hijo/a yo estamos de acuerdo con el còdigo de conducta.***

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_