

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Program de Después de Clases



**LA CASA**  
de Esperanza, Inc.

**Nombre del Estudiante** (Nombre) \_\_\_\_\_ (Initial) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA) \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

**Horario Regular y Extracurriculares** Favor de indicar el horario y cuáles clases extracurriculares su hijo(a) participará.

<b>Horario</b> <i>Favor de indicar los días que su hijo/a asistirá y a qué hora será recogido.</i>	<b>Extracurriculares</b> <i>Favor de escoger en cuáles actividades participará su hijo/a. **Tenga en cuenta que solo hay espacio limitado por las clases. Para asegurar su lugar, el pago por clase es importante.</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Apoyo Académico - 3:45-4:45 pm (sin costo a padres)</li><li>• Extracurriculares - 4:45-5:45 - costo de \$40/clase</li><li>• Después de las 5:45 con costo del programa de después de clases</li></ul> <input type="checkbox"/> lunes _____ <input type="checkbox"/> martes _____ <input type="checkbox"/> miércoles _____ <input type="checkbox"/> jueves _____ <input type="checkbox"/> viernes _____	<p style="text-align: center;"><b>(4:45 - 5:45 pm)</b></p> <input type="checkbox"/> <b>Fútbol</b> (lunes y miércoles) <input type="checkbox"/> <b>Tae Kwon Do</b> (martes y jueves) <input type="checkbox"/> <b>Español</b> (viernes) <input type="checkbox"/> <b>Baile</b> (lunes, miércoles, viernes) <input type="checkbox"/> <b>Clase de percusión</b> (martes y jueves) <input type="checkbox"/> <b>Girl Scouts</b> (3:45 - 4:45 pm) - gratuito <input type="checkbox"/> <b>Boy Scouts</b> (3:45 - 4:45 pm) - gratuito

**¿Su hijo/a tiene algún hermano(a) que atiende nuestra Charter School La Casa de Esperanza?**

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_ Grado(s) \_\_\_\_\_

**¿Su hijo/a tiene algún hermano/a que atiende nuestro programa de Después de Clase (Pero no atiende nuestra Charter school)?**

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_ Grado(s) \_\_\_\_\_

Office Use only :

Date of form \_\_\_\_\_

**Padre/Guardian** (nombre)\_\_\_\_\_ (apellido)\_\_\_\_\_

Dirreccion de casa \_\_\_\_\_

Numero de contacto: casa:\_\_\_\_\_ cel:\_\_\_\_\_ trabajo:\_\_\_\_\_

Correo Electronico\_\_\_\_\_

**Padre/Guardian** (nombre)\_\_\_\_\_ (apellido)\_\_\_\_\_

Dirreccion de casa \_\_\_\_\_

Numero de contacto: casa:\_\_\_\_\_ cel:\_\_\_\_\_ trabajo:\_\_\_\_\_

Correo Electronico\_\_\_\_\_

### **Información de Contactos de Emergencias**

Por favor, indique al menos dos [2] personas, que no sean los padres / guardianes y que están autorizados a recoger a su hijo(a) del programa y pueden servir como un contacto alternativo en caso de una emergencia, cuando el padre / guardianes no puedan ser contactados. Tenga en cuenta que cualquier cambio en esta lista se debe ser comunicado de inmediato a la Coordinadora.

PERSONAS COMO CONTACTOS DE EMERGENCIA DEBEN PRESENTAR UNA FORMA DE IDENTIFICACIÓN AL RECOGER AL ESTUDIANTE..

\*\* Debe proporcionar al menos **un** [1] contacto de emergencia.

**Nombre de contacto** (nombre)\_\_\_\_\_ (apellido)\_\_\_\_\_

Relacion al nino/a: \_\_\_\_\_

Numeros de Telefono: casa:\_\_\_\_\_ cel:\_\_\_\_\_ trabajo:\_\_\_\_\_

**Nombre de contacto** (nombre)\_\_\_\_\_ (apellido)\_\_\_\_\_

Relacion al nino/a: \_\_\_\_\_

Numeros de Telefono: casa:\_\_\_\_\_ cel:\_\_\_\_\_ trabajo:\_\_\_\_\_

### **Personas adicionales autorizadas para recoger.**

Indique al menos dos [2] personas, que no sean los padres / guardianes o contactos de emergencia que estén autorizados para recoger a su niño(a) del programa. Tenga en cuenta que los cambios en esta lista deben ser notificados inmediatamente con la coordinadora.

CONTACTOS ADICIONALES PARA RECOGER DEBEN PRESENTAR UNA FORMA DE IDENTIFICACIÓN AL RECOGER.

**Nombre de contacto** (nombre)\_\_\_\_\_

(apellido)\_\_\_\_\_

Relacion al nino/a: \_\_\_\_\_

Numeros de Telefono: casa:\_\_\_\_\_ cel:\_\_\_\_\_ trabajo:\_\_\_\_\_

**Al firmar abajo doy permiso para que mi hijo/a \_\_\_\_\_ sea recogido/a del programa de La Casa de Esperanza después de la escuela por las personas mencionadas anteriormente.**

**Firma** \_\_\_\_\_

**Nombre Escrito** \_\_\_\_\_ **fecha** \_\_\_\_\_

### **Autorización de los padres y la divulgación de información**

Doy consentimiento para permitir que el personal del programa de después de clases tenga acceso a la siguiente información acerca de mi hijo(a) :

\_\_\_\_\_ Informes de progreso académico, informes de comportamiento, asignaciones, comentarios del profesor, nombres de profesores, asistencia diaria, ausencias, tardanzas, puntuaciones (incluyendo exámenes del estado).

Además, autorizo al programa de después de clases ha tener acceso al comportamiento de mi hijo(a) y los registros de educación especial.

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ **Iniciales de los padres/guardianes** \_\_\_\_\_

Entiendo que esta información es estrictamente confidencial y solo será usada para el mejoramiento del programa ofrecido a mi hijo(a)..

**Firma** \_\_\_\_\_ **Nombre Escrito** \_\_\_\_\_

**Otras Autorizaciones:** *Por favor, indique a continuación si usted da autorización para las siguientes actividades*

- Autorizó a el programa de tomar y usar las fotos de su hijo con el propósito de promover el programa (es decir, en nuestra página web, en los folletos del programa, en los boletines del programa)

**Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

**Cualquier pregunta, comentario, inquietud por favor llame (deje un mensaje) o envíe un correo electrónico a la coordinadora del programa:**

Ana Arcos  
Coordinadora del programa después de clases  
Celular: 414-524-9059 (deje un mensaje)  
Correo electrónico: [aarcos@lacasadeesperanza.org](mailto:aarcos@lacasadeesperanza.org)  
Oficina LO16 (planta baja)

### **Encuestas**

Como parte de nuestro plan de mejorar nuestro programa, el equipo de después de clases le agradece sus aportaciones y comentarios. Favor de continuar a la siguiente página.

**Pre-encuesta para Participantes**

*Esta encuesta es para los estudiantes participantes. Si es demasiado joven favor de ayudar a su estudiante llenar el cuestionario..*

Nombre:..... Grado: ..... Maestro:.....

Por favor marque sólo una respuesta por pregunta

<p>1. ¿Le gusta asistir a la escuela?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Todo el tiempo</li><li><input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo</li><li><input type="checkbox"/> Algunas veces</li><li><input type="checkbox"/> Nunca</li></ul> <p>2. ¿Se siente seguro en la escuela?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Todo el tiempo</li><li><input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo</li><li><input type="checkbox"/> Algunas veces</li><li><input type="checkbox"/> Nunca</li></ul> <p>3. ¿Estudia mucho para sus exámenes?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Todo el tiempo</li><li><input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo</li><li><input type="checkbox"/> Algunas veces</li><li><input type="checkbox"/> Nunca</li></ul> <p>4. ¿Ha tenido alguna dificultad disciplinaria en la escuela?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Todo el tiempo</li><li><input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo</li><li><input type="checkbox"/> Algunas veces</li><li><input type="checkbox"/> Nunca</li></ul> <p>5. ¿Hablan sus padres con usted sobre la escuela o la tarea?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Todo el tiempo</li><li><input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo</li><li><input type="checkbox"/> Algunas veces</li><li><input type="checkbox"/> Nunca</li></ul>	<p>6. ¿Se siente cómodo hablando con los profesores u otro personal de la escuela?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Todo el tiempo</li><li><input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo</li><li><input type="checkbox"/> Algunas veces</li><li><input type="checkbox"/> Nunca</li></ul> <p>7. ¿Usted siente que hay un adulto disponible para ayudar cuando lo necesite?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Todo el tiempo</li><li><input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo</li><li><input type="checkbox"/> Algunas veces</li><li><input type="checkbox"/> Nunca</li></ul> <p>8. ¿Termina su tarea a tiempo?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Todo el tiempo</li><li><input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo</li><li><input type="checkbox"/> Algunas veces</li><li><input type="checkbox"/> Nunca</li></ul> <p>9. ¿Con qué frecuencia se siente positivo cuando asiste a la escuela?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Todo el tiempo</li><li><input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo</li><li><input type="checkbox"/> Algunas veces</li><li><input type="checkbox"/> Nunca</li></ul> <p>10. ¿Con qué frecuencia se siente molesto cuando se llega a la escuela?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Todo el tiempo</li><li><input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo</li><li><input type="checkbox"/> Algunas veces</li><li><input type="checkbox"/> Nunca</li></ul>
---	--

11. ¿Qué tan bien se lleva con otros, incluyendo otros estudiantes o adultos?

- Muy bien
- Bien, podría ser mejor
- Nada bien en lo absoluto

12. Califique su autoestima (es decir, ¿cómo piensa de sí mismo?):

- Alta Estima
- Medio, con altibajos
- Bajos

13. ¿Cómo están sus calificaciones?

- Muy altas
- Sobre el promedio
- Promedio
- Bajo el promedio
- Reprobando

14. Antes de unirse a este programa, alguna vez participó en otro programa de antes o después de clases?

- Sí
- No

15. ¿Cree que se beneficiaría de tener tutores o mentores que le ayuden con la tarea?

- Sí
- No

16. ¿Qué es lo que suele hacer después de clases (marque todos los que aplican)?

- Ver Television
- Trabajar
- Vídeo juegos/Computadora
- Deberes en el hogar
- Cuidar niños
- Hacer la tarea
- Ir con la niñera/Guarderia
- Pasar tiempo con la familia
- Juega con amigos
- Comer bocadillos
- Juegos de mesa
- Monopatin/skateboard
- Practicar deportes
- Ir al centro comercial
- Trabajar en pasatiempos
- Participar en un programa de después de clases
- Leer
- Participar en programas de ciencias y naturaleza
- Arte
- Artes marciales
- Otros:

17. ¿Qué le gustaría hacer en un programa de después de clases?

-----

-----

-----

-----

**Continúe a la página siguiente: Encuesta De los padres**

## Encuesta Para Padres

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

¿Cuántos años ha sido su hijo parte de un programa después de clases en esta escuela?

- Menos de uno
- 1
- 2
- 3 o más

¿Qué piensa del programa después de clases al que asiste su niño? Sus respuestas ayudarán a mejorar el programa para todas las familias

-----

-----

-----

-----

**¿Cómo calificaría el Programa después de las Clases en las siguientes áreas?**

*Marque una respuesta por cada pregunta*

	Malo	Regular	Bueno	Excelente	No sabe
1. El Programa después de las Clases en general	1	2	3	4	NS
2. La seguridad de su niño mientras está en el Programa después de las Clases	1	2	3	4	NS
3. El ambiente y la comodidad de los salones en los que se lleva a cabo el Programa después de las Clases	1	2	3	4	NS
4. Los snacks (bocadillos) que le sirven diariamente a su niño	1	2	3	4	NS
5. Las horas de operación	1	2	3	4	NS
6. El transporte que se brinda, si se brinda alguno No se brinda ninguno <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	NS

**¿Hasta qué punto está usted de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones acerca del programa? Marque una respuesta por cada pregunta.**

	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo	No Sabe
7. Estoy satisfecho con el tipo de programas y actividades que ofrece el Programa después de las Clases	1	2	3	4	NS
8. Hay suficiente tiempo para que mi niño complete su tarea tranquilamente	1	2	3	4	NS
9. El Programa después de las Clases ha ayudado a mi niño a finalizar su tarea a tiempo	1	2	3	4	NS
10. Hay suficiente oportunidad para realizar actividades físicas	1	2	3	4	NS

Cuántos días por semana después de la escuela serían ideales para su niño?

1 2 3 4 5

**¿Hasta qué punto está usted de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre la experiencia de su niño en el Programa después de las Clases? Marque una respuesta por cada pregunta.**

<b>My niño . . .</b>	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo	No Sabe
11. Disfruta asistiendo al Programa después de las Clases	1	2	3	4	NS
12. Se siente cómodo con el personal del Programa después de las Clases	1	2	3	4	NS
13. Parece estar más contento o menos tenso desde que empezó a participar en el Programa después de las Clases	1	2	3	4	NS
14. Tiene amigos en el Programa después de las Clases	1	2	3	4	NS
15. Finaliza su tarea con más facilidad	1	2	3	4	NS
16. Tiene una mejor actitud hacia la escuela	1	2	3	4	NS



**¿Hasta qué punto está usted de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones acerca del personal del Programa después de las Clases?** *Marque una respuesta por cada pregunta.*

	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo	No Sabe
17. Me siento cómodo cuando hablo con los miembros del personal	1	2	3	4	NS
18. El personal está dispuesto a recibir las sugerencias de los padres	1	2	3	4	NS
19. El personal me mantiene informado sobre cómo estuvo el día de mi niño en el programa	1	2	3	4	NS
20. El personal recibe con agrado a los padres quienes desean observar	1	2	3	4	NS
21. Me siento cómodo con la manera en que el personal trata los problemas disciplinarios	1	2	3	4	NS
22. El personal anima a las interacciones positivas entre los niños.	1	2	3	4	NS
23. Estoy satisfecho con el número de miembros del personal adulto que está disponible para trabajar con los estudiantes	1	2	3	4	NS
24. Estoy satisfecho con la manera en que el personal adulto comparte con los estudiantes.	1	2	3	4	NS
25. El personal me ha informado claramente sobre cómo contactarles durante el Programa después de las Clases	1	2	3	4	NS
26. Estoy satisfecho con el desempeño en general del personal del Programa después de las Clases	1	2	3	4	NS



Por favor marque todas las opciones que corresponda:

Por favor marque todas las opciones que corresponda:

27.	¿Por qué asiste su niño al Programa después de las Clases?	28.	¿Qué estaría haciendo su niño después de las clases si no estuviera asistiendo a este programa?
<input type="checkbox"/>	El estudiante necesita supervisión después de la escuela	<input type="checkbox"/>	Asistiría a una guardería privada
<input type="checkbox"/>	El estudiante está interesado porque sus amigos están asistiendo.	<input type="checkbox"/>	Sería cuidado por vecinos o familiares
<input type="checkbox"/>	El estudiante está interesado por las actividades beneficiosas que ofrece el programa.	<input type="checkbox"/>	Estaría en la casa con la supervisión de un adulto
<input type="checkbox"/>	El padre de familia está interesado en programas que benefician al niño.	<input type="checkbox"/>	Estaría en la casa solo
<input type="checkbox"/>	Un maestro recomendó el programa.	<input type="checkbox"/>	Asistiría a varios lugares durante la semana
<input type="checkbox"/>	El estudiante necesita ayuda para realizar su tarea	<input type="checkbox"/>	Escriba otras opciones adicionales que haría su niño después de la escuela:
	Otras razones por las que asiste a este programa:		

29. ¿Qué le gusta de el programa después de clases?

-----  
 -----

30. ¿Cuáles son algunas cosas que le gustaría ver cambiar?

-----  
 -----

31. ¿Cuántas veces has tenido la oportunidad de observar el programa después de clases?

- Unas dos o tres veces
- más de tres veces
- Nunca

32. ¿Ha participado como voluntario en el programa después de clases?

- Sí En caso afirmativo, ¿cómo participo? -----
- No ¿Tiene interés en ser voluntario? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

33. ¿Que tipo de actividades para adultos (clases, sesiones informativas, etc.) le gustaría que el program ofrezca?

-----

**Gracias por su participación!**