

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE / CHAPERÓN

(Por favor escriba legiblemente o imprima)

### INFORMACIÓN DE ESCUELA Y DIRECTOR

Escuela:			
Número tel. de Escuela:		Número fax de escuela:	
Dirección:			
Ciudad/Estado/Código post.			
Abreviatura del director:	<input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.		
Apellido del director:		Nombre del director:	
Correo electrónico:			

**INFORMACIÓN DEL CHAPERÓN** (SER National requiere un chaperón por cada 10 estudiantes. Se requiere que los chaperones adicionales paguen el registro completo).

<input type="checkbox"/> Maestro <input type="checkbox"/> Consejero <input type="checkbox"/> Padre/ Tutor Legal <input type="checkbox"/> Pariente (21 años o mayor)	
Abreviatura:	<input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Apellido:	
Nombre:	
Género:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Teléfono:	
Núm. tel. celular	
Dirección:	
Ciudad/Estado/C.P.	
Correo electrónico:	
Vegetariano:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<input type="checkbox"/> Maestro <input type="checkbox"/> Consejero <input type="checkbox"/> Padre/ Tutor Legal <input type="checkbox"/> Pariente (21 años o mayor)	
Abreviatura:	<input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Apellido:	
Nombre:	
Género:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Teléfono:	
Núm. tel. celular	
Dirección:	
Ciudad/Estado/C.P.	
Correo electrónico:	
Vegetariano:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Por favor envíe por Fax o correo la información requerida antes de 10/30/2020

**SER National Office**

Daniel Lugo   [FWcommunityday@ser-national.org](mailto:FWcommunityday@ser-national.org)

469-549-3665 (TEL:) • 469-549-3686 (Fax)

# INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Por favor haga copias adicionales de las páginas según sea necesario.

Apellido:		Nombre:	
Dirección:			
Ciudad/Estado/Código P.			
Número de teléfono:		Número de celular:	
Correo electrónico:			
Género:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Grado:	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12
Etnicidad (seleccione uno):	<input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático Americano	<input type="checkbox"/> Cubano Americano <input type="checkbox"/> Sudamericano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> México Americano <input type="checkbox"/> Blanco/ Angloamericano Otro _____
Accesibilidad para necesidades especiales:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Vegetariano:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿Has tomado clases AP?	<input type="checkbox"/> Clase de matemáticas <input type="checkbox"/> Clase de ciencias <input type="checkbox"/> Otras clases: _____		
¿Has tomado clases Honor?	<input type="checkbox"/> Clase de matemáticas <input type="checkbox"/> Clase de ciencias <input type="checkbox"/> Otras clases: _____		
Mi promedio de calificaciones:	<input type="checkbox"/> 95-100 (A+) <input type="checkbox"/> 75-79 (C+/B-)	<input type="checkbox"/> 95-100 (A) <input type="checkbox"/> 75-79 (C)	<input type="checkbox"/> 85-89 (B+/B-) <input type="checkbox"/> 65-69 (D+/C+) <input type="checkbox"/> 80-84 (B) <input type="checkbox"/> 60-64 (D) y por debajo
¿Estás interesado en el ejército?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Air Force <input type="checkbox"/> Army <input type="checkbox"/> Coast Guard <input type="checkbox"/> Marines <input type="checkbox"/> Navy		
¿A cuál universidad planeas asistir?		¿Qué carrera quieres estudiar?	
¿Tienes un hermano o hermana en la universidad?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Tienes un hermano o hermana que se graduó de la universidad?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Yo le doy permiso a SER Jobs para que me coloque en su lista de correo y / o lista de correo electrónico para recibir solo información sobre oportunidades universitarias.			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



SER Jobs for Progress National, Inc.  
y Tarrant County College



**CONTACTO DE EMERGENCIA Y FORMA MÉDICA**

Verifico que toda la información proporcionada es correcta y completa. Me doy cuenta de que la participación implica un riesgo potencial inherente. En el caso de una emergencia, autorizo a SER Jobs for Progress National, Inc. y Tarrant County College y sus agentes o representantes a hacer los arreglos que sean razonablemente necesarios para garantizar el bienestar de mi hijo. En el caso de una emergencia, se otorga permiso a SER Jobs for Progress National, Inc. y Tarrant County College para autorizar transporte de emergencia, atención médica de emergencia y/o tratamientos y atención hospitalaria para el menor. Acepto ser responsable de todos los cargos necesarios incurridos por cualquier hospitalización o tratamiento prestado conforme a esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



**FOTOGRAFÍA DE PUBLICACIÓN Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**

Por mi parte, los firmados a continuación, le doy a SER Jobs for Progress National, Inc. y Tarrant County College el derecho irrevocable a usar mis fotografías y / o mi propiedad, mi nombre (o cualquier nombre ficticio), foto, retrato o fotografía en todas las formas y medios, y de todas formas, incluidas las representaciones compuestas o modificadas, para fines publicitarios, comerciales o cualquier otro propósito legal, sin ninguna otra compensación para mí, y renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar las versiones terminadas, incluida la copia escrita que puede ser creado y aparecer en conexión con eso. Todos los negativos, positivos y archivos digitales, junto con las impresiones, constituirán propiedad de SER National y Tarrant County College, única y completamente. Soy mayor de edad. He leído este comunicado y estoy completamente familiarizado con su contenido.

Nombre del estudiante	
Edad	
Escuela	
Grado	
_____	_____
Nombre del participante	Firma del participante
_____	_____
Correo electrónico	Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Relación con el estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

*\* Tenga en cuenta: cuando se utilizan fotografías o citas en SER Jobs for Progress National, Inc., y en las publicaciones de Tarrant County College, se envía una copia de la publicación a la escuela.*



Nombre del participante menor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

*Calle*    *Ciudad*    *Estado*    *Código Postal*

Núm. teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Núm. tel. negocio: \_\_\_\_\_

Núm. de celular: \_\_\_\_\_

**Contactos de emergencia/ autorización de entrega (requerido)**

Enumere otras posibles personas con las que se pueda contactar en caso de emergencia si no está disponible, y si están o no autorizados para recoger al menor. Tenga en cuenta que a cualquier persona que no se encuentre en la lista de abajo NO SE LE permitirá recoger al menor sin el permiso por escrito de un padre o tutor legal.

Nombre	Teléfono	¿Recoger?	Relación con el menor
1.		SI / NO	
2.		SI / NO	
3.		SI / NO	

**Condiciones médicas / alergias: (requerido)**

Si el menor tiene alguna condición médica que pueda requerir un tratamiento especial, es imperativo que se avise a un proveedor médico. Indique a continuación cualquier problema médico o emocional en curso que pueda requerir atención especial (por ejemplo, epilepsia, alergias, asma, discapacidad, ansiedad, depresión, etc.), incluidos los medicamentos que se toman actualmente. Use el reverso si es necesario.

Condiciones médicas	Medicación / Dosis:	¿Con el menor?
		SI / NO
		SI / NO
		SI / NO
Alergias:	Describa la reacción:	Gravedad
		BAJA / MED / ALTA
		BAJA / MED / ALTA

Nombre del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Nombre de la compañía de seguros de salud: \_\_\_\_\_

Numero de Póliza: \_\_\_\_\_