

Chance After Chance College Prep Summer Enrollment Packet  
217 N. Cicero Ave Chicago, IL. 60644 773-287- 2916. [CACCPFA@Gmail.com](mailto:CACCPFA@Gmail.com)  
**Formulario de Solicitud y Consentimiento para el Programa de Verano**

**Nombre del Niño(a):** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Por favor seleccione un programa a continuación:

- Programa de Día Completo** (6am – 6pm / \$150 Cuota de Actividades)
- Programa de Medio Día** (10am – 2pm / Programa Gratuito)

**Madre:** \_\_\_\_\_  
**Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Empleador:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Ciudad/Estado/Código Postal:** \_\_\_\_\_ **Ciudad/Estado/Código Postal:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Padre:** \_\_\_\_\_  
**Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Empleador:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Ciudad/Estado/Código Postal:** \_\_\_\_\_ **Ciudad/Estado/Código Postal:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Médico del niño(a):** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad/Estado/Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Personas autorizadas por los padres para recoger al niño(a) (indicar relación):**

<b>Nombre</b>	<b>Dirección/Ciudad/Estado</b>	<b>Teléfono:</b>	<b>Relación</b>
---------------	--------------------------------	------------------	-----------------

**Personas a contactar en caso de emergencia si no se puede localizar a los padres:**

<b>Nombre</b>	<b>Dirección/Ciudad/Estado</b>	<b>Teléfono:</b>	<b>Relación</b>
---------------	--------------------------------	------------------	-----------------

Autorizo a Chance After Chance College Prep. (CACCP) a proporcionar primeros auxilios a mi hijo(a) en caso de un accidente. Además, autorizo a CACCP, en mi ausencia, a llamar a los servicios de emergencia (911) y a que mi hijo(a) sea transportado(a) a la instalación médica más adecuada, así como a dar consentimiento para el tratamiento médico de mi hijo(a) en dicha instalación. Seré responsable de los cargos médicos de emergencia al recibir el estado de cuenta.

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

Chance After Chance College Prep Summer Enrollment Packet  
217 N. Cicero Ave Chicago, IL. 60644 773-287- 2916. [CACCPFA@Gmail.com](mailto:CACCPFA@Gmail.com)  
**Formulario de Solicitud y Consentimiento para el Programa de Verano**

Un miembro del personal de CACCP... acompañará a mi hijo(a) en caso de que sea transportado(a) a una instalación médica. Los padres serán notificados de inmediato. Notificaré por escrito a CACCP cualquier cambio en mi dirección y número de teléfono, así como cualquier cambio en el nombre, dirección y número de teléfono de mi empleador.

Autorizo a CACCP a administrar a mi hijo(a) los medicamentos recetados según las indicaciones especificadas en la receta. Además, autorizo a CACCP a administrar medicamentos de venta libre a mi hijo(a) según las instrucciones escritas.

He recibido una copia del manual para padres de CACCP y de la política de orientación y disciplina. Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) participe en caminatas por el vecindario con CACCP. Doy mi consentimiento para que CACCP fotografíe, grabe en video o filme a mi hijo(a) con fines promocionales o de seguridad. Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) participe en una oración antes de las comidas.

Si el niño(a) tiene alguno de los siguientes, por favor explique:

**Problema médico:**

---

**Discapacidades físicas:**

---

**Alergias:**

---

---

**Medicamentos que toma regularmente:**

---

**Comidas que le gustan:**

---

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

Chance After Chance College Prep Summer Enrollment Packet  
217 N. Cicero Ave Chicago, IL. 60644 773-287- 2916. [CACCPFA@Gmail.com](mailto:CACCPFA@Gmail.com)  
**Formulario de Solicitud y Consentimiento para el Programa de Verano**

Yo, (Escriba su nombre) \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para que mi hijo(a) (Escriba el nombre del niño/a)

\_\_\_\_\_, participe en el Programa de Verano de CACCP. Al dar este consentimiento, entiendo que el programa requerirá que mi hijo(a) participe en diversas actividades, incluyendo actividades motoras gruesas, recreación, arte y manualidades, juegos, caminatas, excursiones y otras actividades físicas.

También entiendo que existe la posibilidad de que mi hijo(a) sufra una lesión durante estas actividades. Al firmar este formulario de consentimiento y liberación, reconozco y acepto liberar de toda responsabilidad a CACCP, sus voluntarios, agentes, empleados y directores de cualquier causa de acción, reclamación o demanda por daños sufridos directa o indirectamente por mi hijo(a) o por mí como resultado de su participación en este programa.

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

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

**CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS (Opcional):**

Autorizo que se tomen fotografías y/o videos de mi hijo(a) y que sean utilizados por CACCP. Todas las fotografías y/o videos podrán ser usados para publicidad relacionada con la escuela o la agencia y en cualquier material de mercadeo, incluyendo relaciones públicas o fines educativos comunitarios.

Con pleno conocimiento de los propósitos y usos de dichas fotografías/videos, no espero recibir compensación o remuneración alguna. No se me ha hecho ninguna promesa o incentivo para obtener mi firma en esta autorización más allá de lo expresado anteriormente. Este consentimiento, así como cualquier uso de las mencionadas fotografías/videos/diapositivas/ audio, libera expresamente de toda responsabilidad a las agencias, su Junta Directiva y todo su personal.

**Política de Tarifa por Retraso de Chance After Chance**

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

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

Chance After Chance College Prep Summer Enrollment Packet  
217 N. Cicero Ave Chicago, IL. 60644 773-287- 2916. [CACCPFA@Gmail.com](mailto:CACCPFA@Gmail.com)  
**Formulario de Solicitud y Consentimiento para el Programa de Verano**

El horario de operación de Chance After Chance College Prep (CACCP) es de lunes a viernes, de 6:00 a.m. a 6:00 p.m.

CACCP tiene tres horarios establecidos para la llegada y salida de los niños.

Los padres que califican para horas extendidas pueden dejar a sus hijos desde las 6:00 a.m. y recogerlos hasta las 6:00 p.m.

Se cobrará una tarifa por retraso de **\$15** por niños recogidos después de las 6:00 p.m., a menos que se hayan hecho arreglos previos.

Los padres que no califican para horas extendidas pueden dejar a sus hijos desde las 8:00 a.m. y recogerlos desde las 3:30 p.m.

Se cobrará una tarifa por retraso de **\$15** por niños recogidos después de las 3:30 p.m., a menos que se hayan hecho arreglos previos.

Si su horario es de 10:00 a.m. a 2:00 p.m., por favor respete ese horario a menos que se le indique lo contrario. También se aplicará una tarifa de **\$15** por retraso.

Por favor contáctenos a través de **BrightWheel** si se da cuenta de que llegará tarde. Sin embargo, tenga en cuenta que la tarifa por retraso **aún se aplicará**.

**LA TARIFA POR RETRASO DEBE PAGARSE EL MISMO DÍA.**

---

**Nombre del niño(a):**

La hora de salida registrada será la que se tomará en cuenta.

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