| Marque aquí para confirmar que es mayor de 18 años y que es un padre, un familiar o un cuidador con autoridad para inscribir a su hijo. | * Soy
 |  |
| --- | --- | --- |
| **Información básica del estudiante** |
| ¿Ha participado su hijo en Springboard antes? | * Sí
 | * No
 |
| Nombre de mi hijo/a: | Apellido de mi hijo/a: |
| La fecha de nacimiento de mi hijo/a: (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| El género de mi hijo/a: | * Masculino
* Feminino
 | * No binario
* Prefiero no hacerlo
 |
| ¿El origen étnico de su hijo es hispano o latino? | * Sí
* No
 | * Prefiero no decirlo
 |
| La raza de mi hijo/a:**[elije todo lo que corresponda]**: | * Índio americano o Nativo de Alaska
* Asiático
* Afroamericano
* Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico
 | * Caucásico
* Otra raza u origen: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
* Prefiero no decirlo
 |
| *[Para participantes del año escolar] ¿En qué grado está su hijo durante el año escolar actual?**[[Para participantes de verano] ¿En qué grado está matriculado su hijo para el año que entra?* | * Prekinder
* Kinder
* 1o
* 2o
* 3o
 | * 4o
* 5o
* 6o
* 7o
* 8o
 |
| ¿En qué grado estaba matriculado su hijo durante el año escolar previo? | * Prekinder
* Kinder
* 1o
* 2o
* 3o
 | * 4o
* 5o
* 6o
* 7o
* 8o
 |
| ¿A qué escuela asiste actualmente su hijo?: | Nombre del distrito / red: |
| *Número de estudiante:* |
| ¿Recibe su hijo/estudiante servicios de Educación Especial (IEP y/o Planes 504)? *Tenga en cuenta que esta información se utilizará para mejorar la equidad de las experiencias del programa para todos los estudiantes.* | * Sí
* No
 | * No sé
* Prefiero no decirlo
 |
| ¿Su hijo/estudiante recibe servicios de ESL/ESOL/ELL (Aprendiz de la lengua inglesa) | * Sí
* No
 | * No sé
* Prefiero no decirlo
 |
| **Información de padre/tutor** |
| Nombre:  | Apellido: |
|
| Cellular: | Correo Electrónico:*IMPORTANTE: Por favor, proporcione un email correcto para que pueda recibir recompensas digitales de programación si su hijo es elegible.* |
| Domicilio: |
| Ciudad:  | Estado: | Código postal: |
| Otro padre/tutor: | Otro Número de Teléfono: |
| En casa, mi familia y yo principalmente hablamos: |
| **Lanzamiento de prensa**Concedo el permiso para que cualquier fotografía, imagen, cotizaciones digitales, voz, video, o alguna otra grabación, en toda forma, y también que el primer nombre de mi hijo/a sea publicado o distribuido en cualquier medio con fines promocionales o informativos en conexión con Springboard Collaborative. Entiendo que no se me pagará ninguna regalía, tarifa u otra compensación en razón de dicho uso. | Iniciales aqui: |
| **Comunicación de Springboard**Acepto recibir mensajes de texto de Springboard Collaborative, incluyendo recordatorios de talleres, recordatorios de lectura y consejos de Springboard Connect, y encuestas. Puedo dejar de recibir estos mensajes en cualquier momento enviando mensajes de texto STOP. Acepto Connect Terms and Conditions and Privacy Policy.  | Iniciales aqui: |
| **Lanzamiento de datos**Yo le doy permiso a Springboard para usar la información de este formulario y de la participación de mi familia en este programa para hacer informes sobre los resultados de este programa. Entiendo que Springboard eliminará toda la información que identifique a mi familia al hacer ese informe, como nuestros nombres o información de contacto. | Iniciales aqui: |
| **Permiso del padre**Entiendo la naturaleza del Programa de Springboard Collaborative y también entiendo que la participación en el programa es voluntaria. Entiendo que Springboard Collaborative no es responsable por la pérdida, daño, enfermedad o lesiones a personas o propiedades como consecuencia de la participación en el programa. Yo libero y descargo Springboard Collaborative y sus funcionarios, empleados, agentes y voluntarios de cualquier y todas las reclamaciones por lesión, enfermedad, muerte, pérdida o daño como resultado de las actividades del programa. | * Sí
* No
 |
| ¿Le gustaría ser contactado con futuras oportunidades para compartir sus comentarios y sugerencias para mejorar nuestros programas? | * Sí
* No
 |
| La firma: |
| Nombre:  | Relación con el estudiante: |