



This project was funded in its entirety Under Title IV, Part B of the Every Student Succeeds Act (ESSA). Nita M. Lowey 21st Century Community Learning Centers (21st CCLC) grant funds through a grant agreement with the New Jersey Department of Education.

BOOST

Distrito Escolar Regional de Buena Centro de Aprendizaje Comunitario del Siglo XXI



Fechas del programa BOOST: del 13 de octubre de 2026 al 21 de mayo de 2027.

- ★ **Las solicitudes deben presentarse antes del 18 de septiembre de 2026.** Sin embargo, se seguirán aceptando solicitudes durante todo el año escolar.
- ★ BOOST comienza el martes 13 de octubre de 2026.
- ★ Horario: BRMS 14:20-17:20 / Cleary 15:25-18:25
- ★ Recibirás un *Carta de bienvenida* BOOST indicando cuándo puede comenzar su hijo.

Toda la información DEBE SER COMPLETO para que la solicitud sea aceptada.

❖ INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante:

Apellido del estudiante:

Dirección: _____ NJ _____
Dirección postal Ciudad Código postal

Nivel de grado para el año escolar 2026-2027: 

Cleary	☐ 3	☐ 4	☐ 5
BRMS	☐ 6	☐ 7	☐ 8

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Apellido del profesor tutor:

Origen étnico del estudiante: ☐ Negro/afroamericano ☐ Hispano o latino ☐ Blanco/caucásico ☐ Birracial
☐ Asiático/Indio ☐ Nativo americano/Nativo de Alaska ☐ isleño del Pacífico ☐
Otro _____

¿Su hijo/a tiene un IEP o un plan 504 registrado? ☐ Programa de Educación Individualizado (PEI) ☐ 504 ☐ N/A

Estado del almuerzo: ☐ Gratis ☐ Pago completo

Primaria Lidioma:

❖ INFORMACIÓN PARA PADRES/TUTORES

Nombre:

Relación:

Número de teléfono principal:

doNúmero de teléfono:

Dirección de correo electrónico:

Nombre:

Relación:

Número de teléfono principal:

doNúmero de teléfono:

Dirección de correo electrónico:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **GRADO:** _____

❖ **CONTACTOS DE EMERGENCIA** - *Las personas designadas pueden asumir el cuidado temporal de su hijo si no podemos comunicarnos con usted dentro de una (1) hora.*

Nombre:

Relación:

Teléfono #:

Nombre:

Relación:

Teléfono #:

❖ **INFORMACIÓN MÉDICA/DE SALUD** - *Por favor, proporcione TODA la información importante sobre su salud.*

Problemas de salud:

Alergias conocidas:

¿Su hijo/a toma algún medicamento? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor enumérelo **cualquier medicamento, especialmente si su hijo usa uno INHALADOR y/o un EPI PEN.**

❖ **PERSONA(S) AUTORIZADA(S) PARA RECOGER AL ESTUDIANTE** - *Deben tener 18 años o más y llevar consigo su documento de identidad.*

Incluya los nombres de los padres o tutores, y cualquier otro adulto que usted permitirá que recoja a su hijo de BOOST.

Nombre:

Nombre:

Nombre:

Nombre:

Nombre:

Nombre:

Nombre:

Nombre:

Nombre:

Nombre:

❖ **INSTRUCCIÓN DE NATACIÓN Y SEGURIDAD DE LA YMCA** - *Esta es una actividad voluntaria y la participación es no requerido.*

BOOST se ha asociado con *La YMCA de Vineland* para que los estudiantes reciban aproximadamente (1) hora de instrucción de natación y/o seguridad en el agua.

- Si su hijo se inscribe para asistir, le enviaremos un aviso a casa informándolo de la fecha.
- El personal y los estudiantes de BOOST viajan al YMCA en autobús. El personal de BOOST permanece con los estudiantes durante todo el trayecto.
- Todas las actividades en la "Y" son dirigidas por profesionales capacitados de la YMCA.

¿Autoriza usted a su hijo/a a desplazarse hacia y desde la actividad de natación de la YMCA durante el programa BOOST y a participar en ella?

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, por favor, ponga sus iniciales _____

PÁGINA 2 de 4

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRADO: _____

❖ CONSENTIMIENTO PARA LA FOTOGRAFÍA

Entiendo que se podrán tomar fotos y/o videos durante las actividades o eventos del programa. Autorizo a BOOST a tomar fotos y/o videos de mi hijo/a, mi familia y/o de mí mismo/a para su uso en materiales educativos, promocionales, informativos o mediáticos con fines de relaciones públicas positivas.

☐ Sí ☐ No Por favor, ponga sus iniciales en _____

❖ LANZAMIENTO DE DISCOS

BOOST es un Centro de Aprendizaje Comunitario del Siglo XXI financiado por el gobierno federal mediante una subvención. Por ello, debemos contratar a un evaluador externo que garantice que las operaciones del programa cumplan con los requisitos federales y estatales mediante el análisis de datos, observaciones in situ y entrevistas, con el fin de ayudar al programa a mejorar sus servicios e impacto.

Doy mi autorización al Distrito Escolar Regional de Buena / programa BOOST para divulgar los registros estudiantiles de mi hijo a *Profesionales en subvenciones de Hartigan & Stafford* para fines de evaluación de subvenciones. Dichos registros pueden incluir: nombres de estudiantes, calificaciones y boletines de calificaciones, resultados de pruebas estandarizadas, registros de asistencia y/o registros disciplinarios de BOOST.

Por favor, ponga sus iniciales _____

❖ EXPECTATIVAS DEL PROGRAMA

Por favor, lea cada una de las siguientes expectativas a continuación, y **Inicial de cada espacio proporcionado** Si los estudiantes no cumplen con estas expectativas, es posible que no sean admitidos en el programa.

• **Asistencia:**

_____ Entiendo que para que este programa cumpla con los requisitos de la subvención, la asistencia y la participación es obligatorio. El incumplimiento de los requisitos de asistencia puede conllevar la expulsión de mi hijo/a del colegio. Programa BOOST.

_____ Entiendo que si mi hijo tiene **(3) o más ausencias injustificadas**, él o ella puede ser despedido del programa.

_____ Entiendo que este programa es voluntario y que puedo retirar a mi hijo en cualquier momento. **mediante notificación escrita.**

• **Tarea:**

_____ Entiendo que el programa proporciona tiempo para completar las tareas y, si bien se requiere un esfuerzo razonable, se hará. **BOOST no se responsabiliza de garantizar que se completen todas las tareas.**

• **Recogida de estudiantes:**

_____ Estudiantes que asisten Escuela Secundaria Regional Buena **Debe recogerse antes de las 17:00..**

_____ Estudiantes que asisten Escuela Primaria Cleary **Debe recogerse antes de las 18:10.**

_____ Entiendo que después de la **3.ª tarde levantar**, mi hijo podría ser expulsado del programa.

Disciplina:

Entiendo que si mi hijo/a pone en peligro la seguridad de los demás estudiantes o del personal, podrá ser expulsado/a del programa de inmediato. Se harán todos los esfuerzos razonables para ayudar a los estudiantes, pero el programa se reserva el derecho de suspender o expulsar a un estudiante en cualquier momento.

PÁGINA 3 de 4

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **GRADO:** _____

Por favor, marque con un círculo a qué escuela asiste su hijo/a; BRMS o CLEARY

❖ **SOLICITUD DE TRANSPORTE**

Por favor, indique la dirección donde desea que dejen a su hijo/a.

<i>Número de casa y calle</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i> <u>NJ</u> <i>Código postal</i>
-------------------------------	---------------	--

¿Esta es su dirección particular? ☐ Sí ☐ No

La dirección **DEBE SER una dirección dentro del distrito y será permanecerán vigentes a menos que usted solicite un cambio.*

Pl;Tenga cuidado!

- Si eres **NO en la parada de autobús de su hijo(3) veces** Podrías perder el privilegio de transporte BOOST por el resto del año escolar. Debes llegar a tiempo, o incluso un poco antes.
- Estudiantes en 3rd, 4^{el} y 5^{el} las calificaciones son **NO PERMITIDO** Bajar del autobús BOOST sin un adulto presente. ¡Sin excepciones! Exención de pago del autobús de Cleary **HACE NO** (Solicitar admisión a BOOST.)
- Por favor, notifique a BOOST si tiene un **CAMBIO DE LA DIRECCIÓN**.