

Freedom Schools Express Program Extended Day for Learning (EDL) Escuelas Primarias

Estimado Padre o Guardián,

Su niño ha sido invitado a inscribirse en el programa después de la escuela Freedom Schools Express Extended Day for Learning. Los estudiantes que participan en FSX-EDL tienen la oportunidad de:

- Descubrir y explorar nuevas habilidades e intereses
- Hacer amigos y mejorar sus habilidades escolares
- Ser creativos, activo, saludables y divertirse

Este programa GRATUITO se imparte dos o cuatro veces a la semana por una hora y 45 minutos en la mayoría de las escuelas (horarios y calendario adjunto) e incluye:

- Un bocadillo
- Transporte en autobús al hogar para estudiantes que viven a más de ½ milla de la escuela
- Los estudiantes que caminan serán ayudados en intersecciones con mucho tráfico
- Instrucción por parte de maestros y especialistas certificados
- Instrucción de música instrumental (banda o cuerdas en algunas escuelas) para estudiantes en 4 y 5 grado que están interesados. Se enviará a casa un formulario por separado para esta clase.

Si tiene preguntas llame a la escuela de su estudiante y pida hablar con el coordinador de EDL de la escuela o llame al Departamento de Educación Alternativa al 651-744-8020.

Para inscribirse, complete este formulario y regréselo a la escuela de su estudiante

Nombre del estudiante _____ (Número de identificación del estudiante ID #) _____

Grado actual: K 1 2 3 4 5 Nombre del maestro: _____

Dirección del hogar _____

Dirección donde pasarlo a dejar (si es que es diferente a la dirección del hogar; debe estar dentro del área de asistencia escolar de la escuela) _____

Nombre(s) del padre/guardián _____

Teléfono: Principal _____ Otro _____ Email _____

Contacto(s) de emergencia _____ Relación _____

Teléfono: Principal _____ Otro _____ Email _____

1. Autorizo a que mi niño sea fotografiado o grabado en sesiones de actividades del programa que pueden ser usadas para promocionar programas de las Escuelas Públicas de Saint Paul. SI _____ NO _____

2. Mi estudiante tiene un medicamento, alergia a alimentos o alergia a medicamentos. SI _____ NO _____

3. Si respondió SI a la pregunta anterior, por favor especifique la condición de salud/médica: _____

4. Mi estudiante está interesado en matricularse en Música Instrumental (SOLAMENTE 4 y 5 grado). SI _____ NO _____

5. Autorizo a que mi estudiante asista al programa después de la escuela Extended Day for Learning (EDL) en su escuela.

Firma Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____