



DISTRITO ESCOLAR DE LA ESCUELA PREPARATORIA TOWNSHIP 214 Programa de Pasantía

Su hijo (a) ha expresado interés en el Programa de Pasantía del Distrito 214.

Una pasantía es una experiencia educativa auténtica disponible a los estudiantes de los grados 11 y 12. Sin embargo, ya que la experiencia está sujeta a la industria de políticas industriales, se recomienda grandemente a los estudiantes que tengan por lo menos 16 años de edad.

Las Pasantías Tradicionales no son remuneradas/no tienen créditos brindadas durante el otoño, primavera, con un promedio de 5-10 horas por semana y 15 horas por semana durante el verano. Las Pasantías Micro no son remuneradas/no tienen créditos brindadas durante los semestres de otoño, primavera y verano, usualmente tienen una duración de 1-2 semanas. Los estudiantes tienen un promedio de 10-20 horas por semana y usualmente alinean la pasantía con las vacaciones escolares (ej. Vacaciones de primavera). Estas experiencias apoyan la exploración vocacional del estudiante por medio de oportunidades prácticas para observar y participar en trabajo relevante y obtener información acerca de la opción vocacional posible.

Requisitos de Pasantía del Distrito 214

- Solicitud del estudiante
- Dos (2) recomendaciones de maestros
- Entrevista
- Formulario de Consentimiento del Padre
- Seguro Médico (usted puede comprar una póliza por medio del Distrito 214)*
- Transporte confiable * *El transporte no se brinda para pasantías micro o durante el verano*

**Por favor adjunte una copia de su seguro médico & auto tarjetas de seguro.*

Hacer que el padre complete y envíe todas las partes de este formulario es una parte esencial de la Solicitud de Pasantía.

Cualquier información de estudiante que usted brinde será confidencial.

Nombre del Estudiante: _____ Apellido del Estudiante: _____

Escuela: _____ Número de Identificación: _____

Consejero de la Escuela: _____

Dirección del Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Nombre del Padre: _____ Email del Padre: _____

Dirección/Ciudad/Zip: _____ Teléfono Móvil del Padre: _____

Mi hijo (a) planea participar en el Programa de Pasantía (marque todas las opciones que apliquen):

Pasantía Tradicional

Otoño

Primavera

Verano

Pasantía Micro

Otoño—Vacaciones de Invierno

Primavera-Vacaciones de Primavera

Verano- Micro TDP*

**Aplican costos de Escuela de Verano*

Por favor clasifique a su **ESTUDIANTE** de acuerdo con las siguientes cualidades.

| <u>CUALIDADES PROFESIONALES</u> | Necesita Mejoramiento | Inferior al Promedio | Promedio | Bueno | Excelente |
|---|------------------------------|-----------------------------|-----------------|--------------|------------------|
| <i>Puntualidad</i> | | | | | |
| <i>Confiabilidad</i> | | | | | |
| <i>Consciencia de Seguridad</i> | | | | | |
| <i>Calidad del Trabajo</i> | | | | | |
| <i>Dependencia</i> | | | | | |
| <u>ACTITUD</u> | Necesita Mejoramiento | Inferior al Promedio | Promedio | Bueno | Excelente |
| <i>Toma de Iniciativa</i> | | | | | |
| <i>Muestra Entusiasmo</i> | | | | | |
| <i>Actitud Positiva</i> | | | | | |
| <i>Comportamiento Responsable</i> | | | | | |
| <i>Demuestra Madurez</i> | | | | | |
| <i>Habilidad de Liderazgo</i> | | | | | |
| <i>Trabajo en Equipo</i> | | | | | |
| <i>Cortesía</i> | | | | | |
| <u>Calidad del Aprendizaje</u> | Necesita Mejoramiento | Inferior al Promedio | Promedio | Bueno | Excelente |
| <i>Auto-motivado</i> | | | | | |
| <i>Organizado</i> | | | | | |
| <i>Hab. de Resolución de Problemas</i> | | | | | |
| <i>Demuestra Integridad/Honestidad</i> | | | | | |
| <i>Muestra Respeto por Sí Mismo</i> | | | | | |
| <i>Muestra Respuesta por los Demás</i> | | | | | |
| <i>Entiende el Punto de Vista por los Demás</i> | | | | | |

Recomendación de los Padres

1. Por favor describa una ocasión cuando usted vio que su estudiante demostró algunas de sus fortalezas:
2. Por favor describa alguna ocasión en la cual usted vio que su estudiante superó un obstáculo:
3. Por favor describa una ocasión en la cual usted observó que su estudiante tuvo que utilizar habilidades de resolución de problemas para llegar a una solución:
4. Comentarios adicionales con respecto a las habilidades de su estudiante o necesidades educativas:
(Ej. Acomodaciones que su estudiante puede necesitar)

Seguro Médico

Su hijo (a) desea participar en una ubicación de pasantía fuera del plantel del Distrito 214 de la Preparatoria Escolar de Township. Tal participación requiere preparación de y sobre las premisas de un mentor participante de la comunidad. Como participe, su hijo (a) no recibirá salario alguno por el tiempo de preparación y no puede estar protegido (a) por las leyes de compensación de los trabajadores del Estado de Illinois por lesiones o enfermedades que ocurran como resultado de su preparación en el lugar.

Debido a esta exposición, el Distrito 214 recomienda que todos los participantes en una ubicación de programa fuera del plantel estén debidamente cubiertos por un seguro médico/hospitalario. Como una condición de cualquier ubicación de programa fuera del plantel, usted debe seleccionar una de las opciones abajo indicadas.

I, _____ elijo comprar el plan de seguro médico ofrecido por el Distrito 214 de la Preparatoria Escolar de Township para cubrir a mi hijo (a), _____ quien es un participante del programa de pasantía fuera del plantel del Distrito 214 de la Preparatoria Escolar de Township. Si esta opción se elige, se enviarán los detalles de la compra a usted y se solicitará una confirmación de pago.

O Yo, _____ soy un participante de un plan médico/hospitalario con _____ (compañía de seguro) Los beneficios brindados por este plan cumplen con las necesidades de cobertura de estos programas y son iguales a o más amplios que el ofrecido por el Distrito 214 y también cubren a mi hijo (a).
Por favor adjunte una copia de la tarjeta de seguro.

Entendimiento de la Obligación de Transporte

Nosotros/Yo los/el padre (s)/tutor (es) abajo firmantes otorgo/otorgamos permiso por medio de la presente para que nuestro hijo (a) utilice los servicios de transporte/conduzca desde y hasta el plantel. El/Los padre(s)/Tutor(es) definiremos los lineamientos con respecto a este privilegio (ver abajo).

Puede utilizar los servicios de transporte/conduzca desde y hasta el plantel.

Además, nosotros verificamos que nuestro hijo (a) tiene seguro de automóvil, o está cubierto con una póliza de seguro automovilístico.

Compañía de seguro de automóvil (si conduce): _____ *Por favor adjuntar una copia de la póliza de seguro de automóvil*
Número de Cuenta/Miembro: _____ Nombre del Agente: _____
Teléfono: _____

No puede conducir desde y hasta el plantel pero puede ser un pasajero en:

Un vehículo escolar/Contratado Transporte alternativo aprobado por el padre

*** POR FAVOR ADJUNTE COPIAS DE LA TARJETA DE SEGURO Y DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE AUTOMÓVIL***

Consentimiento y Liberación del Padre

Yo, por medio de la presente doy mi autorización para que mi hijo (a), _____, sea fotografiada, grabada en video, grabada en audio, y/o entrevistada por el Distrito 214 y/o los medios noticiosos cuando su propósito sea promover al Distrito 214 y sus programas.

Las entrevistas y fotografías se otorgarán sólo bajo la recomendación de la administración o el personal.

Las grabaciones en video/audio o las fotografías del estudiante no ser usarán con fines comerciales del distrito o para la obtención de beneficios económicos. Como padre o tutor legal de mi hijo (a), estoy de acuerdo en liberar al Distrito 214, la Junta de Educación, sus miembros, síndicos, empleados, agentes, representantes, contratistas y voluntarios de y en contra de cualquier reclamo, demanda, acciones, pleitos, juicios u otras formas de responsabilidad que puedan surgir por o por razón del uso de la fotografía, voz o video en televisión, radio o películas, o en medios impresos.

Además estoy de acuerdo en que ningún dinero u otra consideración de cualquier forma, incluyendo reembolsos por cualquier gasto incurrido por mi o mi hijo (a) se me deberá, o a mi hijo (a), nuestros herederos, agentes, o asignados en ningún momento por la participación de mi hijo (a) en cualquiera de las actividades arriba mencionadas o el uso arriba descrito de las fotografías, video o voz de mi hijo (a).

Entiendo las reglas y responsabilidades del Programa de Pasantía del Distrito y apruebo que mi hijo (a) sea parte del programa. Entiendo que si mi hijo (a) no actúa en conformidad con las reglas de la pasantía, él/ella podrá ser despedido (a) del curso.

APOYO COMPLETAMENTE Y ESTOY COMPROMETIDO CON LA PARTICIPACIÓN DE MI HIJO (A) EN EL PROGRAMA DE PASANTÍA.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Una vez que este formulario esté completamente diligenciado:

Guarde este archivo como el Nombre. Apellido. Número de Identidad. Consentimiento de padre
Luego debe ser enviado por correo electrónico del estudiante a internprogram@d214.org