



**COLLEGE REACH-OUT PROGRAM
BARRY UNIVERSITY**

11300 Northeast Second Avenue
Miami Shores, Florida 33161-6695
Powers Building Suite 154
Office (305) 899-3614
Fax (305) 899-4793

STUDENT APPLICATION-SPANISH (APLICACIÓN DE ESTUDIANTE)

I. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Estudiante: Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____
 Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____ Numero de Seguro Social: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Telefono: Casa: () _____ Celular: () _____ Correo electrónico: _____
 ¿Estudiante nuevo de College Reach-Out Program? ___ Si ___ No
 Sexo: ___ Masculino ___ Femenino

Raza: Por favor marcar uno					
Afroamericano	Blanco	Hispano	Asiático	Indio americano	Otro: (Por favor explique)

II. INFORMACIÓN ESCOLAR:

Nombre de escuela: _____ Numero del estudiante: _____

Almuerzo Gratis o Rebajado		Grado escolar: Por favor marcar uno							GRADE POINT AVERAGE GPA
Si	No	6 th	7 th	8 th	9 th	10 th	11 th	12 th	

Solamente para estudiantes en escuela secundaria ¿Tienes planes asistir a una universidad? ___ Si ___ tal vez ___ No

Si tu respuesta es "Si" o "tal vez" a cual? _____

¿Si no, por qué no y qué le ayudaría a cambiar de opinión? _____

¿Cuándo vas o anticipas aplicar a esta universidad? _____

III. INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA:

Nombre	Nivel Escolar Por favor marcar uno por cada miembro de la familia					Ingresos Anuales
Por favor escriba nombres abajo sólo para aquellos viviendo en la casa	Menos de secundaria	Estudios Secundarios	4 años de universidad	Maestría	Doctorado	
Madre:						\$
Padre:						\$
Guardián:						\$
Guardián:						\$
						Total:\$

**COLLEGE REACH-OUT PROGRAM
BARRY UNIVERSITY
STUDENT APPLICATION**

Numero total de personas viviendo en casa: _____

Padre/Guardián: (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Segundo nombre) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: Casa: () _____ Celular: () _____ Trabajo: () _____

Correo electrónico : _____

Persona en caso de emergencia: Nombre: _____ Teléfono: () _____

¿ Recibe actualmente su familia la ayuda pública? ___Si ___No

¿Su familia participa en Trabajo y Autosuficiencia de Empleo de Ganancia (WAGES)? ___Si ___No

III. DECLARACIÓN PERSONAL DEL ESTUDIANTE:

Por favor explique por qué desea participar en Barry University-College Reach-Out Program (use una hoja separada si es necesario):

Acuerdo Del Estudiante:

Entiendo que **Barry University-College Reach-Out Program** es un programa de realce personal y educativo. Consiento en participar en las actividades y acontecimientos programados. También consiento en permanecer libre del uso de drogas y no cometeré ningún delito:

Nombre del Estudiante:

Firma del Estudiante

Fecha

IV. Padre/ Guardián Consentimiento:

Yo, el padre/guardián de _____(estudiante también más adelante referido como “candidato”):

1. Consiento en la participación del candidato en las actividades de programa es decir orientación, consejería, enseñar, viajes de estudios, música, y programas de verano.
2. Doy mi permiso para copias de transcripciones del candidato y archivos escolares para ser liberados a **Barry University-College Reach-Out Program**.
3. Entiendo que mi participación y apoyo es muy importante para el éxito de mi niño/a en el programa.
4. Libero, renuncio, descargo, y abandono **Barry University-College Reach-Out Program**, y sus oficiales, y empleados de cualquier responsabilidad, pérdida, daño, reclamación, demanda o causa de la acción contra ellos atribuible a la participación del candidato en actividades, si mismo se levantará por su negligencia o por otra parte.
5. Estoy de acuerdo que las fotografías, películas, o videos del candidato pueden ser tomados en relación a su participación en acontecimientos o las actividades sin la compensación del programa de **Barry University-College Reach-Out Program** y el uso de tal para cualquier objetivos promocionales y educativos del programa.
6. Asumo alguno y todos los riesgos de heridas personales al candidato y autorizo a un representante del programa **Barry University-College Reach-Out Program** para ponerse en contacto con un médico autorizado para dar cualquier tratamiento médico que puede ser necesario para el candidato o tomar y admitir él o ella a cualquier hospital.

He leído este documento y entiendo que firmando abajo, por este medio libero a **Barry University-College Reach-Out Program** y sus representantes de alguno y todas las reclamaciones y causas que pueden provenir de la participación del candidato en el programa y firmo voluntariamente.

Nombre del Padre/Guardián

Firma del Padre/Guardián

Fecha: