



Extended and Community Learning Center
 215 Hunt Union
 Oneonta, NY 13820
 Phone: 607.436.2548
 Fax: 607.436.2692

**Formulario de Solicitud y Registro
 Academia de Liderazgo- Verano 2026**

Apellido _____ Nombre _____ Segunda Inicial _____

Nombre del a escuela secundaria actual: _____ Nivel de Grado Actual: _____

Dirección de correo permanente: _____
 Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Correo electronico del estudiante (No el correo proveido por la escuela): _____

Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

¿Usted vive en el estado de NY? Sí No Condado de Residencia en el Estado de NY: _____

¿Eres ciudadano de Estados Unidos? Sí No Si no, ¿cuál es tu país de origen? _____

¿Tienes una visa estadounidense? Sí No Si la respuesta es si, ¿qué tipo de visa? _____

Responder a las siguientes tres preguntas es voluntario:

¿Es ingles tu lengua materna? Sí No

¿Eres Hispano/Latino? Sí No

Si eres Hispano/Latino, ¿cuál es tu origen (seleccione uno): (opcional)

- Centro Americano Dominicano Mexicano Puertorriqueño Sur Americano Otro Hispano/Latino

Indica tu raza (selecciona una o más): (opcional)

- Nativo Americano o Nativo de Alaska Asiatico Negro o Africano Americano
- Nativo Hawaiano u otro isleño del pacifico Blanco

Al firmar este formulario, acepto inscribirme en INTD 1220 *Habilidades de transición para líderes* por 1 crédito. Mi firma también permitirá que mi escuela secundaria proporcione el expediente oficial a SUNY Oneonta. Entiendo que soy académicamente responsable de cualquier clase que aparezca en mi horario. Como estudiante, estoy sujeto al Código de conducta estudiantil de SUNY Oneonta, que se puede encontrar aquí: www.oneonta.edu/development/studevel.asp

Cualquier falsificación de datos puede resultar en la negación de admisión o en la expulsión de la Universidad.

Firma del Estudiante: _____

Firma del Padre/Guardian: _____
(Requerido si el estudiante es menor de 18 años)

Fecha: _____

SUNY ONEONTA MIGRANT LEADERSHIP ACADEMY Student Application

STUDENT INFORMATION					
Last Name		First Name			
Student's Phone #			T-Shirt Size		
Grade		School Counselor's Name			
School Counselor's Phone #		School Counselor's email address			
Mother's Name		Father's Name			
Mother's Phone #		Father's Phone #			
In case of emergency, I give permission for either of the following people to be contacted:					
Name		Phone		Relationship	
Name		Phone		Relationship	
REQUIRED STUDENT HEALTH CONCERNS: ARE YOU TAKING ANY MEDICATIONS? IF YES, WRITE NAME AND DOSAGE. ANY ALLERGIES? ANY OTHER HEALTH CONCERNS/INJURIES?					
REQUIRED STUDENT EDUCATIONAL CONCERNS: RETENTION, 504 OR IEP ACCOMMODATIONS, LANGUAGE DOMINANCE.					

1. Attendance permission: I hereby give my permission for my child to attend the classes and participate in the scheduled activities.
2. Field trip permission: I give permission for my child to attend field trips.
3. I hereby authorize the New York State Migrant Education Program to publish/print my child's schoolwork, photographs of my child, video recordings of my child, and/or interviews on the internet and in various publications for educational and informational purposes. I further understand that these photographs and video recordings will depict my child and other students engaged in different educational activities and that these materials will be reviewed by staff to determine its relevance based on purpose, appropriateness, and audience prior to use.

 Parent/Guardian
 Signature

Date

 Migrant Educator
 Signature

Migrant Educator Name/METS



Academia de Liderazgo para Migrantes SUNY Oneonta 2026
Convenio

Yo, _____ (nombre), manifiesto mi acuerdo para asistir a la Academia de Liderazgo para Migrantes, SUNY Oneonta 2026 (SOMLA) durante el período comprendido del domingo 12 de julio al viernes 17 de julio, 2026. Me queda entendido que el propósito de SOMLA es proporcionar a los estudiantes la oportunidad de obtener un crédito universitario y mejorar sus habilidades de liderazgo. Por este medio me comprometo a hacer del estudio mi más alta prioridad durante mi estancia en SOMLA así como durante el semestre de otoño en High School. Asimismo me comprometo a llegar a tiempo, a prepararme y a participar en todas mis clases y actividades. Así también me queda entendido que deberé dejar la academia si el personal determina que mi prioridad no es el estudio durante mi estancia en SOMLA, y así lo decide. De igual forma me comprometo a seguir las normas de SOMLA y de la Universidad así como cumplir con las regulaciones y los reglamentos establecidos por el personal de SOMLA, incluyendo el uso restringido de mi teléfono celular (las políticas y regulaciones se darán a conocer en forma detallada el día 12 de julio, del 2026). De igual manera, me comprometo a seguir la regulación que se presenta a continuación así como la regulación complementaria que será presentada el día 12 de julio de los corrientes.

Dentro del Campus de la Universidad y en todas las Instalaciones propiedad de la misma QUEDA PROHIBIDO lo siguiente:

- La posesión o consumo de bebidas alcohólicas/marijuana, tabaco en forma individual o en grupo.
- Drogas ilegales y sus accesorios
- Cualquier conducta ilícita, perturbadora, o que altere el orden así como el ruido excesivo
- La posesión o tenencia de armas o de un instrumento letal en el campus, o el uso de cualquier objeto con la intención de hacer daño a otro
- La portación de velas o cualquier otro instrumento de flama abierta así como combustibles de cualquier tipo
- Lámparas de halógeno
- Equipo personal de audio como amplificadores de sonido, bocinas, etc.

Me queda entendido cada uno de los términos del presente convenio y, me comprometo a participar plenamente en todas las actividades de aprendizaje que se presenten durante mi estancia en SOMLA.

Los estudiantes con necesidades alimenticias especiales deberán describirlas a continuación:

Firma: _____ Fecha: _____

La mejor hora del día para contactarme es _____ (horas) al teléfono _____



Consentimiento Médico

Academia de Liderazgo para Migrantes, SUNY Oneonta 2026

Yo, _____, soy el (la) _____ (padre, madre o tutor) de _____, quien asistirá a la Academia de Liderazgo para Migrantes SUNY Oneonta (SOMLA).

Por este conducto doy mi consentimiento, en caso de que todos los intentos razonables de contactarme en el número _____ (número[s] telefónico[s]) hayan fallado, para que cualquier tratamiento que se haya considerado necesario sea administrado, por el personal médico del Centro de Salud de SUNY Oneonta o del A.O. Fox Memorial Hospital, o en caso de que tal personal no esté disponible, por otro médico o dentista certificado, y así también para el traslado de mi hijo(a) a cualquier otro hospital razonablemente accesible de ser necesario.

Por este conducto doy mi autorización para que el personal médico de la Academia de Liderazgo para Migrantes de SUNY Oneonta (SOMLA) o del A.O. Fox Memorial Hospital pueda ejercer por mí y de mi parte, todos mis derechos y obligaciones en lo que se refiere a consentir o permitir el tratamiento médico, psiquiátrico y quirúrgico apropiados, el uso de anestésicos, medicinas, y la hospitalización, incluyendo el cuidado y tratamiento proporcionado por la sección de Servicios de Salud para el Estudiante y A.O. Fox Memorial Hospital, o la utilización de un cirujano, médico o radiólogo de su personal que se juzgue necesario para la atención de emergencia de mi hijo/hija/tutelado.

Con la intención de obligarme legalmente, por la presente formalizo este consentimiento:

Firma del Padre de Familia/Tutor

Fecha

EL SEGURO DE LESIONES Y ENFERMEDAD DEL ESTUDIANTE ES OBLIGATORIO. Favor de proporcionar la información acerca del seguro.

.....

El estudiante arriba mencionado está cubierto por seguro:

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección: _____

Número telefónico: _____

Tipo de cobertura (ej. gastos médicos mayores, hospitalización, etc.):

Número de póliza o de cuenta: _____

**Formulario de Consentimiento para Medicamentos con y sin Receta
 2026 Academia de Liderazgo para Migrantes en SUNY Oneonta (SOMLA)**

Si su hijo(a) necesita algún tipo de medicamento mientras este en SOMLA, necesitamos su consentimiento para la distribución de medicamentos y el uso de dispositivos médicos.

Para medicamentos con receta, también necesitamos información adicional del médico que le dio la receta.

¿Su hijo/a necesitará medicamentos con receta mientras este en SOMLA? (Incluyendo EpiPens e inhaladores)

Si	<input type="checkbox"/>	Si la respuesta es "sí," <ol style="list-style-type: none"> 1. Solicite al médico de su hijo/a que complete la página 2. Entregue el formulario completado junto con los demás documentos para aplicar en SOMLA. 2. Favor informar al staff de SOMLA sobre la presencia de EpiPens, inhaladores u otros medicamentos. 3. Si los estudiantes no traen consigo medicamentos recetados al llegar a SOMLA, no se les permitirá quedarse. Nota importante: Los medicamentos recetados deben traerse en sus envases originales con la etiqueta de la farmacia e instrucciones específicas de uso (nombre del niño/a, numero de pastillas, profesional que los recetó, nombre de la farmacia, nombre y dirección de la farmacia, iniciales del dispensador y número de serie. 4. Su hijo/a se auto-administrará el medicamento. Si necesita ayuda de los servicios de salud de SOMLA, descríbala aquí:
No	<input type="checkbox"/>	Si la respuesta es "no", su hijo no debe tener ningún medicamento en posición mientras este en SOMLA. Solo necesita completar y firmar esta página.

¿Su hijo necesitará medicamentos de venta libre mientras este en SOMLA?

Si	<input type="checkbox"/>	Si la respuesta es "sí", autorizo a mi hija/o a auto-administrarse cualquiera de los medicamentos sin receta médica que se indican a continuación, en coordinación con los servicios de salud de SOMLA.
No	<input type="checkbox"/>	Si la respuesta es "no," el staff de SOMLA lo llamaran si su hijo/a esta enfermo/a. En ese momento, usted puede autorizar verbalmente que su hijo/a tome cualquiera de los medicamentos sin receta que se indican a continuación, en coordinación, en coordinación con los servicios de salud de SOMLA.

Lista de medicamentos sin receta:

- Benadryl
- Claritin
- Midol
- Advil
- Pepto-Bismol
- Si cree que su hijo/a necesitara otro medicamento sin receta, escríbalo aquí:
- Tylenol
- Dimetapp
- Excedrin
- Cortaid

Yo entiendo y estoy de acuerdo con lo estipulado en este documento con respecto a la administración de medicamentos con o sin receta mientras mi hijo/a participa en SOMLA.

Nombre del estudiante: _____

Nombre del Padre/Madre/Guardián: _____

Teléfono del Padre/Madre/Guardián: _____

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____

Fecha: _____

Medicamentos con Receta

Este formulario debe ser completado por el médico que le dio la receta.

Hello physician,

Your patient has been nominated to participate in the 2026 SUNY Oneonta Migrant Leadership Academy (SOMLA) from July 12, 2026, through July 17, 2026. As such, our health services team requests your assistance, using this form, if your patient must take prescription medication during SOMLA.

Patient Name: _____

Patient Date of Birth: _____

Medication #1

Name of prescription medication:	
General condition for which the medication is prescribed:	
Does the medication require refrigeration?	<input type="checkbox"/> Yes or <input type="checkbox"/> No
Is there any other information that you think would be helpful for us to understand, in case of emergency, reactivity with other drugs, or otherwise?	

Medication #2

Name of prescription medication:	
General condition for which the medication is prescribed:	
Does the medication require refrigeration?	<input type="checkbox"/> Yes or <input type="checkbox"/> No
Is there any other information that you think would be helpful for us to understand, in case of emergency, reactivity with other drugs, or otherwise?	

Does your patient require an EpiPen during SOMLA? Yes or No

If "Yes," what is the reason the student requires an EpiPen? _____

Is the patient prescribed by a doctor to self-administer the EpiPen? Yes or No

If "Yes," was a prescription provided? Yes or No

Prescribing Physician's Information

Physician's Name: _____

Office Contact Phone Number: _____

Physician's Signature: _____



Permiso/Autorización

Academia de Liderazgo para Migrantes, SUNY Oneonta 2026

Yo, el padre o tutor de _____, doy mi permiso para que mi hijo(a)/dependiente asista y participe en la Academia de Liderazgo para Migrantes 2026 SUNY Oneonta a celebrarse en SUNY Oneonta, incluyendo el permiso para realizar viajes de prácticas supervisadas patrocinados por SOMLA. Asimismo doy permiso para que mi hijo(a) viaje en auto o van escolar conducido por un miembro del personal del programa para migrantes o en un autobús contratado manejado por conductores profesionales. Asimismo doy mi permiso para que mi hijo(a) resida en un conjunto residencial dentro del campus de SUNY Oneonta durante la realización de los eventos del Programa SOMLA efectuados del 12 al 17 de julio del año 2026.

Asimismo acepto la responsabilidad para cubrir los costos derivados de cualquier daño a la propiedad en que haya incurrido mi hijo(a) durante la realización de este programa.

Quedo en el entendido que mi hijo(a) debe asistir a todas y cada una de las sesiones/clases del programa (a menos que esté enfermo/enferma) y que deberá apegarse a las normas y reglamentos vigentes en SUNY Oneonta así como a las normas establecidas por el Programa SOMLA. Asimismo queda entendido que si mi hijo(a) incumpliese las normas y reglamentos vigentes, él/ella será expulsado/expulsada del programa.

Por este conducto libero de responsabilidad a SUNY Oneonta y al Programa SOMLA, sus agentes y empleados, por cualquier acción, daños o reclamaciones que yo, mis herederos, apoderados, administradores, o representantes puedan efectuar en contra de SUNY Oneonta o el Programa SOMLA por cualquier lesión personal, conocidas o por conocer, que mi hijo(a) reciba o pueda recibir durante su participación en los eventos y actividades del programa, y en los viajes de prácticas mencionados líneas arriba.

Declaro que he leído esta autorización y que he entendido todos sus términos. Doy formalidad a este documento en forma voluntaria y con pleno conocimiento de su significado.

Con la intención de obligarme legalmente por este documento, doy formalidad a esta autorización:

Nombre del Padre de Familia/Tutor (letra de molde)

_____ Firma del Padre de Familia/Tutor

_____ Fecha

Número telefónico (día): _____ (tarde): _____