

Clubes Después de la Escuela de Duniway Otoño 2025

¡Los estudiantes tienen la oportunidad de participar en programas que impulsarán sus estudios académicos, proporcionarán enriquecimiento y mejorarán su vida social!

ESTA LISTA ESTÁ SUJETO A CAMBIO!

☐ Arte (Aspholm)	Salon 96	Lun 3:20-4:20
☐ Alianza Heterosexual/Gay (Tamber/Fox)	Biblioteca	Lun 3:20-4:20
☐ STEM (Murray)	Salón 217	Mar 3:20-4:20
☐ Juegos de Mesa	Biblioteca	Mar 3:20-4:20
☐ Práctica de Banda (Dana)	Salón 89	Mar. 3:20-4:20
☐ Diseño de Video-(Sanders)	Salón 242	Mie 3:20-4:20
☐ Ed. Física(K Van Cleve)	Fitness Ctr.	MAR/JUE.3:20-4:20 Beg 11/5
☐ Mecánica (Sandoval,Graber)	Modular	Jue 3:20-4:20 Beg. 11/7
☐ Compañerismo de AtletasCristianos (Sanders)	Salón 242	Ser determinado
☐ Ajedrez	Biblioteca	Jue.3:20-4:20
☐ Club de Viaje (A Van Cleve)	Biblioteca	Mie 3:20-4:20 Beg. 11/5
☐ Crea Películas (Terrill)	Cascade	Lun/Mar 3:20-4:20
☐ Esmalte de uñas (Wilson)	Salon 96	Mie. 3:20-4:20

EL AUTOBÚS DE ACTIVIDADES SALE A LAS 4:45 (Ruta predeterminada. Vea a la Sra. Aspholm para más detalles)

_____ Mi hijo/a tiene permiso de participar en los clubes. Comprendo que hay una cuota de \$31 por semestre para participar en uno o más clubes. Puedo solicitar una tarifa reducida en base a la información que proporcioné en el formulario de información de Ingreso Familiar del Distrito.

_____ Mi hijo/a tiene permiso de viajar en el Autobús de Actividades. (El servicio de autobús está disponible para los estudiantes que viajan en autobús regularmente, pero las rutas y paradas del autobús establecidas por servicios de transporte para después de clases son limitadas. Por favor comuníquese con la Sra. Aspholm a raspholm@msd.k12.or.us para información más específica o si tiene preguntas).

Domicilio para autobús _____

_____ ¡Sí!

Apruebo la participación de mi hijo/a en el programa después de clases, y por la presente autorizo a los maestros, entrenadores y administradores escolares a actuar en mi nombre de acuerdo con su mejor criterio en cualquier emergencia que requiera atención médica. Soy consciente de que participar en ciertas actividades puede requerir un esfuerzo físico extenuante, lo que podría ocasionar lesiones físicas. Seré responsable de cualquier gasto médico o de otro tipo en relación con su participación.

Nombre del estudiante (letra clara)

Grado

ID#

Nombre del padre/madre (letra clara) y Firma del padre/madre

Uso de la Oficina

Office Use

Fee Paid _____

Date _____

revised:
9/18/2025