

## The ExCel Challenge Program

Arkansas Migrant Education sponsors an Arkansas Migrant Education Student Leadership Academy (AMESLA) where selected migrant students participate in an ExCEL Challenge Program with University of Arkansas educators who are experienced in working with youth and adults. ExCEL uses dynamic outdoor activities to translate leadership skills immediately into real-life situations. It is an adventure into self-confidence, clearer communication and new perspectives. Other objectives set forth include the following:

- Teaches trust in self and others.
- Develops team players and spirit.
- Provides experience in effective communication.
- Offers a greater appreciation and awareness of the relationships between people and their environment.

The major goals of AMESLA are for students to acquire these skills and experiences with the intention of positively affecting Arkansas' migrant drop-out rate and building positive role models among peers in their local schools and communities.

## El Programa de ExCel

El Programa de Educación Migrante de Arkansas patrocina una Academia de Liderazgo de Estudiantes Migrantes (AMESLA) donde los estudiantes seleccionados participarán en un programa de reto de ExCEL con los educadores de la Universidad de Arkansas que tienen experiencia en el trabajo con jóvenes y adultos. ExCEL utiliza actividades dinámicas al aire libre para traducir inmediatamente habilidades de liderazgo a situaciones de la vida real. Es una aventura en la confianza, la comunicación más clara y nuevas perspectivas. Otros objetivos incluyen los siguientes:

- Enseña a confiar en sí mismo y en otros.
- Produce un sentido de compañerismo y entusiasmo.
- Demuestra cómo comunicar efectivamente.
- Ofrece una mayor apreciación y conocimiento de las relaciones entre las personas y su medio ambiente.

Los objetivos principales de AMESLA son para que los estudiantes adquieran estas habilidades y experiencias con la intención de graduarse de la escuela y ser ejemplos positivos en sus escuelas locales y comunidades.

Name: \_\_\_\_\_

**Student Contract**

If chosen to attend the Arkansas Migrant Education Student Leadership Academy (AMESLA),

**I promise with the best of my ability to.....**

1. Demonstrate respect for myself and others.
2. Obey all rules and safety guidelines.
3. Participate to the best of my abilities in all the program activities.
4. Promote the AMESLA once I return home, by demonstrating and sharing lessons learned in my home, school and community.
5. Increase my knowledge and skills about career options and resources.
6. Graduate from high school.
7. Further my education or seek a worthwhile career.

X \_\_\_\_\_

**Student's Signature**

Date: \_\_\_\_\_

**To be completed by school employee:**

Migrant Student ID # \_\_\_\_\_

Migrant Co-op Name &amp; School:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Migrant Clerk/Tutor: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

**Contrato de Estudiante**

Si sea elegido para asistir a la Academia de Liderazgo (AMESLA),

**Prometo en cuanto sea posible....**

1. Demostrar respeto por los demás.
2. Obedecer todas las reglas de seguridad.
3. Participar en todas las actividades del programa.
4. Promover el programa de AMESLA una vez que regrese a casa, a demostrar y compartir las lecciones aprendidas allí en mi casa, escuela y comunidad.
5. Aumentar mis conocimientos y habilidades sobre las opciones de carrera y recursos.
6. Graduarme de la escuela secundaria.
7. Continuar con mi educación o buscar una carrera que valga la pena.

X \_\_\_\_\_

**Firma del Estudiante:**

Fecha: \_\_\_\_\_

**Student Application**

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

Current Grade: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Male: \_\_\_\_\_ Female: \_\_\_\_\_

Race: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Place of Birth: \_\_\_\_\_

Mother's Name: \_\_\_\_\_

Father's Name: \_\_\_\_\_

What are your academic (school) and vocation (work) goals? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

List school and community activities you've been involved in (sports, clubs, church, etc.):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

List interests and pastimes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Aplicación de Estudiante**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Grado Actual: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Masculino: \_\_\_\_\_ Femenino: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus metas de vocación (trabajo) y académicas (escuela)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lista de actividades escolares y comunitarias en las cuales has participado (deportes, clubes, iglesia, )  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lista de intereses y pasatiempos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medical Information**

Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Please answer the following questions.

Yes      No      Do you have any allergies to foods, drugs, insect bites, dust? Please identify them and your reaction. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Yes      No      Do you have any physical disabilities or conditions which might limit your participation? Please identify them.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Yes      No      Are you presently taking any medications? Please identify the medication. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In case of emergency contact:

- Name: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_  
Relationship: \_\_\_\_\_
- Name: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_  
Relationship: \_\_\_\_\_

Do you have medical insurance? Yes      No

If so, name of insurance company: \_\_\_\_\_

Policy number: \_\_\_\_\_

**Información Médica**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por favor conteste las siguientes preguntas.

Sí      No      ¿Tiene alguna alergia a alimentos, medicamentos, picaduras de insectos, polvo? Por favor identifiquelos y su reacción. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sí      No      ¿Tiene alguna discapacidad física o condiciones que podrían limitar su participación? Por favor, identifiquelos.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sí      No      ¿Está actualmente tomando algún medicamento? Por favor identifique el medicamento. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso de emergencia contacte:

- Nombre: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_
- Nombre: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_

Tienes seguro medico? Sí      No

Si tiene, nombre de compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

**Medical Authorization**

Student's Name: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_ School District: \_\_\_\_\_

I, the undersigned parent, give the AMESLA nurse permission to .....

- Administer over-the-counter medications deemed necessary while at AMESLA.
- Obtain routine medical treatment from appropriate health care providers if symptoms of illness occur (e.g., fever, coughing, irregular breathing, unusual rashes, swallowing problems, etc.).
- Obtain medical treatment and procedures for the child as may be appropriate in emergency circumstances, including treatment by physicians, hospital and clinic personnel, and other appropriate health care providers.

I certify that the health history on the previous page is correct and the participant has my permission to engage in all program activities.

I understand that I am financially responsible for any emergency medical charges and hereby guarantee full payment to the medical clinic, hospital, and physicians providing such services.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Printed Name

**X** \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

**Date:** \_\_\_\_\_

**Phone:** \_\_\_\_\_

**Autorización Médica**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ Distrito Escolar: \_\_\_\_\_

Yo el padre/la madre, doy mi permiso a la enfermera de AMESLA para...

- Administrar medicamentos que considere necesarios mientras esté en AMESLA.
- Obtener tratamiento médico rutinario de proveedores de atención médica adecuados si se presentan síntomas de la enfermedad (fiebre, tos, irregular de respiración, sarpullidos inusuales, deglución, problemas, etc.).
- Obtener tratamiento médico y los procedimientos para el niño como puede ser apropiada en circunstancias de emergencia, incluyendo el tratamiento por médicos, personal de hospital y clínica y otros proveedores de atención médica adecuadas.

Yo certifico que la historia de la salud en la página anterior es correcta y el participante tiene mi permiso para participar en todas las actividades del programa.

Entiendo que soy financieramente responsable por cargos de emergencias médicos y por la presente garantiza el pago completo de la clínica médica, hospital y los médicos prestación de esos servicios.

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardian

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardian

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Phone:** \_\_\_\_\_

**Publications/Photographs Consent**

The Arkansas Migrant Education Student Leadership Academy has my permission to use name, photographs, writings, quotes, audio recordings and/or biographical information taken of my child for educational, promotional or advertising purposes in furtherance of the objectives of the Arkansas Migrant Education Student Leadership Academy, without compensation for such.

**Student Name:** \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian Printed Name:**

\_\_\_\_\_

**Parent/Guardian Signature:**

\_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**Consentimiento, Fotografías,  
Publicaciones**

La Academia de liderazgo de estudiante de Educación Migrante Arkansas tiene mi permiso para usar el nombre, fotografías, escritos, citas, grabaciones de audio o información biográfica tomada de mi hijo para fines educativos, promocionales o publicitarias en cumplimiento de los objetivos de la Academia de liderazgo de Arkansas migrantes educación estudiante, sin compensación por tales.

**Nombre de los estudiante:** \_\_\_\_\_

**Nombre impreso del padre/tutor:**

\_\_\_\_\_

**Firma del padre/tutor:**

\_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

If **mailed**, send to:

Cindy DeRosa, Program Advisor  
Migrant Education Program  
Arkansas Department of Education  
Four Capitol Mall, Mail Slot #18  
Little Rock, AR 72201

If sent via **fax**, send to:

Cindy DeRosa, Program Advisor  
Migrant Education Program  
**Fax #** (501) 682-4886

**Email to:**

[Cindy.DeRosa@Arkansas.gov](mailto:Cindy.DeRosa@Arkansas.gov)