# Registration Form 3:

# After School Program/Programa Despues de la Escuela *20xx-20xx school year*

## Please circle the school that your child will be attending. / Por favor circule la escuela que su hijo asistirá.

**xxxx Elementary School xxxx Elementary School xxxx Middle School**

**IMPORTANT /I MPORTANTE: An application must be filled out for each child in the family. / La solicitud debe ser llenada por cada niño en la familia.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Student’s Last Name/Apellido del Estudiante First Name/Primer Nombre: Middle Name/Segundo Nombre: | | | |
| Date of Birth/Fecha de Nacimiento | What grade is your child this year?/¿En qué grado el año?  K 1 2 3 4 5 6 7 8 | | |
| Address/Dirección: | | | |
| Home Phone/Teléfono de Casa: Cell/Other Phone/Teléfono celular u otro: | | | |
| Mother/Guardian Name/Madre/Custodio: Address, if not the same/Dirección, si es diferente: | | | |
| Place of Employment/Phone Number / Lugar de empleo/Teléfono: | | | |
| Father/Guardian Name/Padre/Custodio Address, if not the same/Dirección, si es diferente: | | | |
| Place of Employment/Phone Number / Lugar de empleo/Teléfono: | | | |
| Siblings/Hermanos | | Grade/Grado | School/Escuela |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| **EMERGENCY CONTACT NUMBERS/NUMEROS DE CONTACTO EMERGENCIA**  **Only the people listed will be permitted to pick up your child./Solo la gente enumerado puede coger a su hijo/a.** | | | |
| **Contact Name/Nombre de Contacto** | | **Phone Number/Número de teléfono** | **Relationship to the Child/Relación con el niño** |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| **CUSTODY ISSUES/CUESTIONES DE CUSTODIA : Are there any custody issues that the After School Program should be aware of? Hay cuestiones de custodio que el Programa despues de la Esquela debe saber? Yes/Si No/No**  **PLEASE NOTE: BY LAW, A SCHOOL SHALL NOT REFUSE TO RELEASE A STUDENT TO A PARENT UNLESS THE COURT ORDERS ARE ON FILE IN THE SCHOOL OFFICE. NOTEN: POR LA LEY, UNA ESCUELA NO PUEDE NEGAR QUE UN ESTUDIANTE SALGA CON UN PADRE O UNA MADRE A MENOS QUE LAS ORDENES DE LA CORTE ESTEN EN LOS ARCHIVOS DE LA OFICINA ESCOLAR.** | | | |

**Medical Information/Informacion Medica**

Do you have medical insurance?/¿Tiene seguro médico? Yes/Si No/No MediCal Yes/Si No/No Name of medical insurance/Nombre del seguro medical:

Name of family doctor/Nombre de doctor familiar:

Medical ID Number/Número de identificación médico:

Does your child have any of the following?/¿Su hijo tiene alguna de las siguientes? Asthma Yes No

Diabetes Yes No Heart Disease/Enfermedad del Corazon Yes No Hearing Problem/Problemas de oir Yes No

Glasses or Contact Lenses/Gafas o lentes de contacto Yes No Gluten Intolerance or Special Diet/Intolerancia al gluten o dieta especial Yes No

Does your child have allergies? If yes, please explain./ ¿Su hijo tiene alergias? En caso afirmativo, por favor explique.

Does your child have any special needs or serious health problems that we should be aware of? If yes, please explain. / ¿Tiene su hijo algún problema especial o grave de salud que debemos tener en cuenta? En caso afirmativo, por favor explique.

## Note: The After School Program staff is not authorized to disperse medication. If a child requires medication during After School Program hours, it will be the responsibility of the parent/guardian. The After School Program staff will ONLY provide medical attention in the form of soap, water, ice and bandages.

**Nota: El personal del Programa Después de la Escuela no está autorizado para dispersar medicación. Si un niño requiere medicación durante las horas después del programa escolar regular, será la responsabilidad del padre / tutor. El personal del Programa Después de la Escuela sólo proporcionará la atención médica como dar jabón, agua, hielo y vendas.**

**In case of an emergency and the After School Program is unable to reach me (parent/guardian), authorization is given in ad- vance for my child to be taken to the nearest emergency facility for treatment or care. / En caso de una emergencia en cual el programa después de la esquela no pueda comunicarse, yo (padre / tutor) doy autorización al prpgrama por adelantado para que mi hijo sea trasladado al centro de emergencias más cercano para recibir tratamiento o atención.**

**Signature of Parent/Guardian/Firma de padre/custodio Date/Fecha**

My child has my permission to walk home from the After School Program on the following days and times./Mi hijo tiene mi permiso para caminar a casa del Programa Después de la escuela son las siguientes fechas y horas.

I have read both sides of this form and fully understand the contents thereof./He leído ambos lados de este formulario y entiendo completamente su contenido.

Parent/Guardian Signature/Firma de padre/custodio: Date/Fecha: