

# USD# 214 After School Program Participant Registration Form – 2009-2010

\*\*\*\* PLEASE PRINT \*\*\*\*

Students Last Name	Students First Name	Middle Initial	Home Phone No.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Home Street Address	City	State	Zip
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Grade in August, 2009

**Student will:**  walk home  be picked up  take bus

Is there any medical reason why my child shall not participate in certain physical activities?  No  Yes  
If yes, explain below:

List below anything else (allergies, medications or special needs) that the Ulysses ASP staff should know about your child.

**\*\*Parent or Guardian is responsible for notifying Ulysses ASP staff of any medical changes\*\***

**Parent / Guardian Permission For Ulysses ASP Activities**

## **\*PLEASE READ CAREFULLY\***

I hereby give permission for the participant(s) listed to take part in the Ulysses ASP activities, which may include off-site events, academic assistance, continuing education, and recreational programs. If a medical emergency arises, program staff will take all steps necessary to ensure the safety of the participant and will call, if necessary, a public emergency vehicle for transport to an emergency facility. I understand that I will be responsible for any transportation charges and medical expenses incurred.

I give my consent to the Ulysses ASP to take the participant's photograph during program activities, to be used for education and public relations purposes. I further give my consent to the Ulysses School District / Ulysses ASP to share the participant's student records with each other for purposes of providing educational support and assistance. In addition, I understand that the Ulysses School District will use participant records to evaluate individual progress and improvement, as well as to evaluate the impact of the program on student achievement and to obtain continued funding for the program.

I hereby certify that I have read and do understand the above information:

Print Name \_\_\_\_\_

Signed \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

# USD# 214 El Programa Después de la Escuela

## Formulario de Inscripción- 2009-2010

**\*\*\*\* POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE \*\*\*\***

Apellido de Participante	Primer Nombre de Participante	Inicial	Teléfono de Casa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Grado en Agosto 2009

**Este(a) estudiante (marque uno):**     Caminara a su casa     Sera recogido(a)     Tomara autobús

Existe alguna razón por la que su hijo(a) no pueda participar en ciertas actividades físicas  Si     No  
Si la respuesta es Si, explique a continuación:

*Anote a continuación cualquiera otra cosa (alergias, medicamentos o necesidades especiales) que el personal deba saber sobre su hijo(a)*

### Permiso Para Ulysses A.S.S.I.S.T. Programa Actividades

**\*POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE\***

***Tiene que ser firmado por uno de los padres/guardianas***

El (la/los) estudiante(s) anotado(a/s) a continuación tiene(n) mi permiso para participar en las actividades del Ulysses A.S.S.I.S.T Programa no ser que yo provea notificación por escrito de lo contrario al coordinador del centro. Esto pudiera incluir tutoría académica y/o ayuda con las asignaciones de parte del personal del centro o de voluntarios supervisados, al igual que excursiones educativas/recreativas como por ejemplo al zoológico, museo, natación.

Entiendo que es mi responsabilidad mantenerme al tanto de la participación de mi(s) hijo(a/s) en la actividades del centro basado en cualquiera limitación física o médica que pudiera inhibir la participación de mi(s) hijo(a/s).

Si surge una emergencia médica, el personal del programa tomará todos los pasos necesarios para asegurar la seguridad de mi(s) hijo(a/s). Un vehículo de emergencia público pudiera ser llamado para transportar a mi(s) hijo(a/s) a un centro de emergencia. Entiendo que seré responsable por cualquier costo de transportación y gastos médicos que puedan resultar. También entiendo que tengo la responsabilidad de mantener al día los registros de cualquier niño que asista a Programas de A.S.S.I.S.T. incluyendo dirección, número de teléfono, contacto para caso de emergencia e información médica/de salud.

También doy permiso para que se tomen fotografías de mi(s) hijo(a/s) durante las actividades del Programa de A.S.S.I.S.T. para ser usadas por el Distrito Escolar Público para propósitos educativos/de relaciones públicas. Además, los registros de los estudiantes serán usados para propósitos de evaluación de los programas para continuar recibiendo fondos financieros. Se hará todo esfuerzo por mantener los datos confidenciales y no se usarán nombres u otra información personal en los informes. Por este medio certifico que he leído y entiendo la información que aparece arriba.

Escriba Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_