



Combining **A**cademics, **R**ecreation & **E**njoyment
Pleasantville's 21st. Century Community Learning Centers'

Student Name/ Nombre Del Estudiante _____ Age/Edad _____ Gender: ___M ___F
Genero: Varón Hembra

Student identifies self as: African American Hispanic White Other

_____/_____/_____
Date of Birth/Fecha de nacimiento _____ Grade/Grado escolar _____ Home School/Escuela _____ School Phone Number
Teléfono de la escuela

Parent/Guardian Name/Nombre de padres/guardianes _____ Address/Dirección _____

Home Phone Number _____ Cell Number _____ Work Phone Number _____ Employer/Dept./Ext:
Teléfono de la casa Celular Empleo Empleado Departamento

Emergency Contact Person: _____ Relationship to child _____ Phone # _____
Contacto de emergencia Relación al estudiante Teléfono

Language Spoken at home: _____ English as Second Language: ___Yes ___No
Idioma hablado en el hogar: Ingles Como Segundo Idioma: ___Si ___No

Shirt Size:
Talla de camisa: Small Medium Large Other

Student Lunch Status:
Estatus de Almuerzos Free Reduced Paid

Math Teacher Name: _____
Nombre de maestro de matemáticas:

Please check you interest in attending: Favor de marcar el programa que este interesado en asistir

School Year Program (September 9, 2013 – June 19, 2014) Time: 3:00pm-6:00 pm
Program for students in grades 4th – 12th

Return forms to the C.A.R.E. Office
Middle School Building Room C205/C222
Pleasantville, NJ 08232
(609) 335-9033

Please check students' preference of location:

Lugar que es su preferencia

Leeds Avenue School (100 West Leeds Avenue)

South Main Street School (701 South Main Street)

Middle School (801 Mill Road)

I, parent/legal guardian of: _____ give my child permission to

Yo, padre/guardián legal de

Autorizo que mi hijo/a

- participate in the 21st. Century Community Learning Center after School program, promotions (photos) and evaluation of these programs.
- participe en el programa de 21st. Century Community Learning Center, promociones (fotos) y evaluaciones de Este programa.

Yes/Si

No

- I agree to provide The C.A.R.E. Program my child's academic school records including but not limited to: Report cards, test scores & progress reports.
- Estoy de acuerdo de proveer al Programa de C.A.R.E. las notas, exámenes, reportes de progreso de mi hijo/a
- I understand that this is an academic/enrichment program and not childcare and that regular attendance is required.
- Entiendo que esto es en programa académico y no de cuidado, y que mi hijo/a deberá asistir con regularidad.
- I understand that violations as listed in the parent/student handbook could result in the removal from the program.
- Entiendo que la violación estipulada en el manual de padres y estudiantes podrá resultar en el despido del programa.

Parent/Guardian Name: _____ Signature: _____ Date: _____

Nombre padre/guardian:

Firma

Fecha

The C.A.R.E. Program is funded entirely with federal funds from the Title IV, Part B, and 21st. Century Community Learning Centers Program in the No Child Left Behind Act of 2001

Our Award is then dispersed through the New Jersey Department of Education

El Programa de C.A.R.E. está financiado en su totalidad con fondos federales del Título IV, Parte B, y 21a. Century Community Learning Centers en el Programa Que Ningún Niño Se Quede Atrás del 2001

Nuestro premio se dispersa a través del departamento de educación de New Jersey.



Student Medical Information

I hereby give permission for any and all medical attention necessary to be administered to my child:

_____ in the event of accident, injury, sickness, etc. while they are in the care of the person(s) designated below, until such time as I may be contacted.

- If neither person(s) designated can be contacted, I give my permission for treatment of my child as may be required and determined by the appropriate health care professional who is present.
- This release is effective from (September 2013- June 2014).
- I hereby assume responsibility for payment of such treatment and have attached my child's medical insurance information.

Doy permiso para cualquier y toda la atención médica necesaria para ser administrado a mi niño:

_____ en caso de accidente, lesión, enfermedad, etc, mientras que están al cuidado de la persona (s) designada abajo, hasta el momento en que yo sea contactado

- Si ni persona (s) designada puede contactar, doy mi consentimiento para el tratamiento de mi hijo que sea necesario y apropiado determinado por el profesional de la salud que está presente.
- Este lanzamiento es efectiva a partir de (2013- Junio 2014)
- Yo asumo la responsabilidad por el pago de dicho tratamiento y ha adjuntado información de mi hijo seguro médico.

Child's Name _____

Nombre del niño/a

Phone (H) _____ (W) _____ (CELL) _____

Teléfono

Address _____

Dirección

In Case, I cannot be reached either of the following is designated:

En el caso, no se puede llegar a una de las siguientes es designado

Name _____ Phone _____

Nombre

Name _____ Phone _____

Nombre

Insurance Policy Number : _____

Numero de póliza de seguro medico

Child's Physician: _____

Nombre de su pediatra

Physician phone: _____ Address _____

Teléfono

Dirección

Allergies (include food): _____

Alergias (incluya comida)

Any medical conditions that the program Coordinators may need to know in case of emergencies:

Cualquier condición médica que los coordinadores del programa es necesario que conozca en caso de emergencias

Any medications your child will have to take during the program hours: _____

Cualquier medicamento que su hijo tendrá que tomar durante las horas del programa

Any information or concerns that you would like the program director to know

Cualquier información o preocupaciones que le gustaría que el director del programa para saber

Parent/Guardian Name

Nombre del padre/Guardián

Telephone number

Número de teléfono

Cell Phone

Celular





STUDENT RELEASE FORM

In order to ensure the safety of our students, please complete the form below. List all individuals who are permitted to pick up your child/children from the program. Be assured that your child will only be released to those individuals listed unless otherwise instructed. Please remember to include adult, as well as older siblings.

Child's Name _____ Site _____

Parent's Name _____

_____ My son/daughter may walk home from C.A.R.E.

_____ My son/daughter will ride the bus home from C.A.R.E.

_____ My son/daughter will be picked up. Below are the person(s) to whom my child must be signed out and released to.

Person #1 _____ Relationship _____

Address _____

Phone _____

Person #2 _____ Relationship _____

Address _____

Phone _____

Person #3 _____ Relationship _____

Address _____

Phone _____



Personas autorizadas a recoger al estudiante

Con el fin de garantizar la seguridad de nuestros estudiantes, por favor complete el siguiente formulario. Enumere todas las personas que tienen permiso para recoger a su hijo / hijos en el programa. Tenga la seguridad de que su único hijo se dará a conocer a las personas que figuran a menos que se indique lo contrario. Por favor, recuerde incluir adultos, así como los hermanos mayores

Nombre Niño _____ Site _____

Padres Name _____

_____ Mi hijo / hija va a viajar en el autobús a casa de la escuela.

_____ Mi hijo / hija va a ser recogido. A continuación se presentan a la persona (s) a quien mi niño debe ser firmado y puesto en libertad al cabo.

Persona # 1 _____ Relación al estudiante: _____

Dirección _____

Teléfono _____

Persona # 2 _____ Relación al estudiante _____

Dirección _____

Teléfono _____

Persona # 3 _____ Relación al estudiante _____

Dirección _____

Teléfono _____