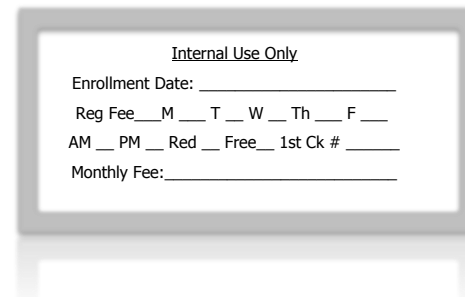




ESCUELAS PUBLICAS DE NORWALK
Despues de la Campana "After the Bell"
2019-2020



Por favor de indicar el nombre de la escuela a continuacion:

- Brookside Cranbury Jefferson Kendall Marvin
 Rowayton Silvermine Tracey Wolfpit

Niño/a 1:

Apellido del niño/a _____
 Nombre del niño/a _____
 Grado 2019-
 2020/Maestro(a) _____
 Fecha de Nacimiento _____
 Género del niño(a) (M o F): _____
 Teléfono del hogar _____
 Direccion _____
 Codigo postal _____

Apellido del padre o guardian _____
 Nombre del padre o guardian _____
 Dirección del trabajo: _____
 # de Teléfono del trabajo _____
 # de Celular _____
 Correo electronico _____

Niño/a 2:

Apellido del niño/a _____
 Nombre del niño/a _____
 Grado 2019-
 2020/Maestro(a) _____
 Fecha de nacimiento _____
 Género del niño(a) (M o F): _____

Child 3:

Apellido del niño/a: _____
 Nombre del niño/a: _____
 Grado 2019-2020/Maestro(a) _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Género del niño(a) (M o F): _____

Inscriba mi niño/a(s) para

- Mañanas (AM)
- De Tarde (PM)
- Los dos AM & PM

My / Our child(ren) will require care:

- Todos los días; o
- Lunes
- Martes
- Miércoles
- Jueves
- Viernes

Por favor marque uno:

- Mi niño/a **no calificará** para almuerzo gratis o reducido
- Mi niño/a **calificará** para almuerzo de precio reducido
- Mi niño/a **calificará** para almuerzo gratis
- No estoy seguro

Medical Information:

¿Tiene alergias niño/a 1? Sí
 ¿Tiene alergias niño/a 2? Sí
 ¿Tiene alergias niño/a 3? Sí
 Si sí, ¿A que? _____

No
 No
 No

IN CASE OF EMERGENCY:

Médico del niño/a(s): _____
 # de teléfono: _____

Por favor indique la condicion médica de su niño cual debemos de tener en cuenta:

Yo doy mi permiso para que el médico de mi niño/a indicado en este formulario pueda autorizar tratamiento en caso de una situación de emergencia cuando yo no

Firma del padre o guardian: _____

Por favor, indique los nombres y numeros de telefono de tres (3) adultos que tienen el permiso de recoger a su niño/a y pueden responder en caso de emergencia si no podemos localizar los adultos en el frente de este formulario.

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

Relación: _____ Relación: _____ Relación: _____

Teléfono de trabajo: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono de trabajo: _____

(Solamente las personas indicadas saran permitidos recoger y transportar a su niño/a). Si hay un cambios para el tiempo de recoger , usted tiene que enviar una carta con su niño/a y ser entregada a un personal del programa o a su maestro. Y si hay una persona que no debe ser permitido recoger a su niño/a, por favor dejarnos saber.

"After the Bell" es parte de Norwalk Collaborative for Youth Success (NCYS).

Relevar Expediente: Yo, _____ (padre/guardian) doy permiso para que los expedientes academicos de mi niño/a (indicado en este formulario) sean relevados al programa de "After the Bell" igual al personal de **NCYS** para sobre todo asistir en el desarrollo educacional de mi niño/a.

This information will be used in conjunction with other survey data, treated anonymously and maintained in electronic files with strict confidentiality.

Firma del Padre/Guardian: _____

Consentimiento del padre para la transferencia de informacion confidencial: Por este medio, yo pido que las Escuelas Públicas de Norwalk revelen la siguiente información a el programa de **After the Bell igual a NCYS** en relacion a mi niño/a indicado en este formulario que incluso pero no limitado a los reportes de rendimiento escolar, Resultados de los exámenes estandares ,transcripcion y acumulacion de datos de expedientes , SASID# (10 digitos de ID del Estado) _____ (si lo saben)

Firma del Padre/Guardian: _____

Parent Consent for Completion of Surveys:

Yo doy permiso para permitir a mi niño/a llenar encuestas. Yo entiendo que mi niño/a puede discontinuar la participacion en las encuestas en cual quier momento.

TODA LA INFORMACION SERA MANTENIDA CONFIDENCIAL. Yo entiendo que alguna de la informacion colectada puede resultal en informacion publicada, pero que todas las respuestas seran confidencial y se reportaran en grupo. Detalles como de individuos o Familias seran mantenidos confidencial y no serán revelados.

Firma del Padre/Guardian: _____

El programa de After the Bell y NCYS tienen mi permiso para tomar fotografias a mi niño/s par materiales del programa y publicaciones. _____ Si _____ No

Yo / Nosotros soy/somos responsable(s) por pagar el cobro mensual del programa. Firma del Padre/Guardian: _____

Firma del Padre/Guardian: _____

Fecha: _____

Instruccions:

*** Todas las secciones de este formulario deben ser completados, firmados y entregados al director del programa incluyendo la cuota de \$50.00 para la registraci3n de familia y el pago del primer mes Y la cuota de matr3cula anual para el a3o escolar 2019-2020**

***Los cheques deben hacerse a nombre de "Norwalk Public Schools - AFTER THE BELL" y pueden ser enviados pro correo a:**

Norwalk Public Schools
After the Bell Program
125 East Avenue, Room 311
Norwalk, CT 06852
Fax: 203-803-4822

FORMAS DE PAGAMENTO:

Cheque (Su cheque debe tener escrito claramente el primer nombre y apellido de su niño/a.
Money Order