



NECC After School Connection
 A program of the North East Community Center
 Ivana Powers, Junior High Program Coordinator
 Work Cell: 518-491-7086
ivana@neccmillerton.org
www.neccmillerton.org

2017-2018 REGISTRATION FORM

Child's Name: _____ D.O.B.: _____ Gender: _____ Age: _____ Grade: _____
Nombre de Hijo(a) **Día de Nacimiento** **Genero** **Edad** **Grado**

Home Address: _____ Mailing address (if different): _____
Dirección de Casa **Dirección de Envío (si diferente)**

Email Address: _____ Home Phone: _____
Dirección de Correo Electrónico **Teléfono de Casa**

Ethnicity: *(Este información es sólo para las estadísticas demográficas de nuestros proveedores de fondos. Escoja todos que apliquen.)*
 (Please note that we need this information only to report to our funders. Circle all that apply)

Etnicidad	Afroamericano	Caucasico	Asiatico/Isla del Pacifico	
	African-American	Caucasian	Asian/Pacific Islander	
	Hispanic	Native American	Mixed	Other _____
	Hispano	Nativo Americano	Mesclado	Otro

Parent/Guardian Information: Información de padres/custodios

Parent/Guardian #1: _____ Parent/Guardian #2: _____
Nombre de padre/custodio **Nombre de padre/custodio**

DayTime Phone: _____ DayTime Phone: _____
Telefono de Día **Telefono de Día**

Cell Phone: _____ Cell Phone: _____
Numero de Celular **Numero de Celular**

Employer: _____ Employer: _____
Empleador **Empleador**

Email Address: _____ Email Address: _____
Dirección de correo electrónico **Dirección de correo electrónico**

Address (if different from child): _____ Address (if different from child): _____
Dirección de casa, si diferente del hijo(a) **Dirección de casa, si diferente del hijo(a)**

If the child lives with someone other than their parents, please include contact information for the individual(s) with whom the child currently resides: Si el niño(a) vive con alguien aparte de sus padres, por favor, incluye la información de contacto por estos individual(es) con quien vive el niño(a) actualmente.

Guardian Name: _____ Guardian Name: _____
Nombre del custodio **Nombre del custodio**

Day Time Phone: _____ Day Time Phone: _____
Teléfono de Día **Teléfono de Día**

Cell Phone: _____ Cell Phone: _____
Número de Celular **Número de Celular**

Employer: _____ Employer: _____
Empleador **Empleador**

Child's Name/ Nombre del Hijo(a): _____

Required Emergency Contact Information: (Name of someone *besides* yourself and/or spouse that may be contacted in the event of an emergency. **PLEASE NOTE THIS IS REQUIRED**):

Información requerida de contacto de emergencia: Nombre de alguien aparte de usted y/o su esposo(a) que podemos contactar en el evento de una emergencia. **NOTA: ESTO ES REQUERIDA.**

Name _____ Phone # _____ Second Phone # _____

Name _____ Phone # _____ Second Phone # _____

Academic Information: *Información Académico*

Homeroom Teacher: _____ Grade: _____
Maestra(o) de Aula Grado

Academic Strengths & Needs: _____
Fortulezas y necesidades académicas

Favorite activities: _____
Actividades favoritas

Does your child have an IEP? Yes No (If yes, it would be helpful if we could see the plan so we can be consistent with its goals.)
¿Tienes un IEP, tu hijp(a)?

Is there anything else you would like us to know about your child? (i.e. special needs, fears, talents, anything that will help us care for your child, etc. The more we know about your child, the better able we are to make this a constructive learning experience.) *¿Hay algo más que quieres que sabemos de tu hijo(a)?* (necesidades especiales, miedos, talentos? Lo más que sabemos, lo mejor.)

What is your primary reason for registering with the NECC After School Connection? *¿Qué es la razón que usted esta registrando?*

Tutoring Recreation Mentoring Child Care Other _____
Ayuda Académica Recreación Tutoría Cuidado de Niño Otro

Indicate below the days you anticipate your child will attend. If your child's schedule is going to change permanently, you must speak directly with the program director. *Indica abajo los días que va a asistir tu hijo(a). Si el horario va a cambiar permanentemente, tienes que hablar directamente con el director de programa.*

Monday lunes	Tuesday martes	Wednesday miércoles	Thursday jueves	Friday viernes

Child's Name/ Nombre del Hijo(a): _____

Your child will not be released to anyone not listed below. Until we are familiar with names and faces of authorized pick-ups, we will ask for your designated person to provide us with identification. ***(If you share custody of your child and there are any issues concerning who is allowed to pick up a child, we ask that you provide us with custody papers and/or copies of restraining orders. Those will remain confidential)***

Su hijo(a) no se le dara a nadie mas fuera de la lista debajo. Hasta que estamos familiarizados con nombres y cara de ustedes, pedimos identificación de la persona designada. ***(Si compartes custodia de tu hijo(a) y hay algunos problemas con quien puedes recoger a tu hijo(a), pedimos una copia de los papeles de custodia y/o el orden de alejamiento. Quedan confidencial.)***

The following persons are authorized to pick up my child:

Las siguientes personas son autorizadas a recoger a mi hija(o):

1. _____ Relationship: _____
2. _____ Relationship: _____
3. _____ Relationship: _____
4. _____ Relationship: _____

<p style="text-align: center;">These boxes for office use only Estos cuadritos son para uso de la oficina de NECC</p>	

Child's Name/ Nombre del Hijo(a): _____

--	--

PERMISSIONS
PERMISOS

Indicate your permission for each category by circling the appropriate choice and sign at the end of this section.
Indica su permiso por cada categoría con un círculo y firma al final de esta sección.

Permission to Consume Food: Permiso a Consumir Comida:

Each day, we provide snack.
Cada día, nosotros damos un bocadillo.

I DO / DO NOT give permission for my child to eat food provided by the NECC After School Connection program.
DOY / NO DOY permiso a mi hijo(a) comer la comida dada por el programa de NECC After School Connection.

My child has the following food/drink allergy: Mi hijo(a) tiene la siguiente alergia a los alimentos/bebidas:

Permission to apply sunscreen: Permiso a poner protector solar:

I DO / DO NOT give permission for the NECC After School Connection staff to apply sunscreen to my child when needed.
DOY / NO DOY permiso a los empleados de NECC After School Connection, a poner protector solar a mi hijo(a) cuando necesario

Permission to Transport: Permiso a Transportar:

We take frequent field trips. All transportation is provided by licensed staff and insured vehicles. Hacemos viajes locales en este programa. Todo el transporte es dado por personas autorizadas y vehículos asegurados.

I DO / DO NOT give permission to the NECC After School Connection staff to provide transportation as needed for my child. **DOY / NO DOY** permiso a los empleados del programa de NECC After School Connection a dar transportación a mi hijo(a), si es necesario.

Permission for Child's Name/Photograph to be released to the Press:

NECC uses photos of program events in publications such as newsletters, fundraising letters, brochures, posters, reports to funders, and annual reports. We also use photos on social media. Some of these publications have a very wide distribution and are in circulation for as long as eighteen months. Whenever possible we try to submit photos of groups of children. No children's names are used in captions.

Permiso Para Que El Nombre/Fotografía de mi Hijo(a) a Ser Puesto en Libertad a la Prensa:

De vez en cuando, los empleados del programa de NECC After School Connection y los organizadores de prensa, como The Millerton News, escriben historias o toman fotos de los participantes del programa. Estas historias y fotos beneficiar ambos la programa y los participantes así como hacienda conciencia de la comunidad y infundiendo orgullo en los participantes y quizás usado en los publicados y otros documentos. Indica su preferencia.

I DO / DO NOT give permission for my child to have their name and/or photo used by NECC or by the press.
DOY / NO DOY permiso a mi hijo(a) tener su nombre y/o foto a la prensa.

Confidentiality and release of information: Confidencialidad y Liberación de Información:

The Advantage After School Program, which funds the NECC After School Connection programs, requires that we communicate with teachers and other school personnel regarding our students' academic progress. We are required to report on program participants' grades. All information regarding grades is confidential.

Child's Name/ Nombre del Hijo(a): _____

El programa Advantage After School, que es que lo fondo el programa NECC After School Connection, requiere que nosotros comunicamos con los maestros y los otros empleados respecto al progreso académico de nuestros estudiantes. Estamos requeridos a reportar sobre las notas de los participantes del programa al Advantage After School. Toda la información que tiene que ver con las notas es confidencial.

I DO / DO NOT give the NECC After School Connection staff permission to communicate with my child's guidance counselor or teacher about grades and other topics relevant to my child's participation in the after school program.
DOY / NO DOY permiso a los empleados a comunicarse con el orientador o maestros de mi hijo(a), sobre las notas de mi hijo(a) en el programa de After School.

Signature

Date

ACKNOWLEDGEMENT OF OTHER POLICIES RECONOCIMIENTOS DE OTRAS POLÍTICAS

(Please acknowledge with your initials that you have read and understand the policies in the Parent Handbook.)

(Firma con tus iniciales indicando que leiste y entendiste las políticas en el manual para los padres.)

Well Child Policy: I have read and understand the NECC's "Well Child Policy." I understand that if my child exhibits any of the symptoms listed while in care, I will be called to pick up my child immediately and the child will not be able to return until the specified conditions are met. _____

Política de Well Child: He leído y entendido la política de Well Child de NECC. Entiendo que si mi hijo(a) se muestra alguna sintoma enumerado mientras en el cuidado de los empleados del programa de NECC, me van a contactar inmediatamente, a recoger mi hijo(a) y que no [uede regresar hasta el problema es atendido.

Ground Rules and Discipline Policy: I have read the NECC After School Connection ground rules and understand that breaking these rules may result in disciplinary action including written and verbal warnings, parental contact, suspension and expulsion from the program. _____

Reglas y Normas de Disciplina: He leído y entendido las reglas de la programa de NECC After School Connection y entiendo que quebrando las reglas puede resultar en acciones disciplinarios incluyendo avisos escritos y verbales, contacto de padres, suspensión y expulsión de la programa.

Attendance Policy: I have read the NECC's "Attendance Policy" and understand that I am required to inform the staff before the start of program when my child will not be attending. I also understand that my child will be temporarily suspended from the program after the third instance of failing to inform someone about my child's absence and can only be reinstated after speaking with the program director. _____

Política de Asistencia: He leído y entendido la política de asistencia de la programa de NECC After School Connection y que estoy requerido de informar los empleados antes el comienzo del programa cuando no vas a asistir mi hijo(a). También entiendo que mi hijo(a) será suspendido temporalmente del programa después de la tercera vez de no informar alguien de la ausencia de mi hijo(a) y solo puede estar reintegrado después de hablar con el director del programa.

Academic Reporting Policy: I have read the academic reporting policy and understand that the Advantage After School Program wishes to track students' academic improvement to measure the impact of Advantage programs on a student's progress through the year. I understand that I will be asked to provide my child's grades/report card at the end of each marking period. _____

Política de Informes Académica: He leído y entendido la política de informes académica y que la programa Advantage After School quiere realizar el seguimiento del mejoramiento académico de los estudiantes, para medir el impacto del programa Advantage sobre el progreso del estudiante durante el año. Entiendo que me preguntará a dar las notas y informes al final de cada periodo de calificaciones.

Child's Name/ Nombre del Hijo(a): _____

Personal Health & Medical Records Salud Personal & Informes Medicos

*(Please note that this must be completed in full for the registration to be complete)
(Notarse por favor, que lo siguiente debe ser completado en su totalidad para completar la registro)*

Name _____ Date of birth _____ Age _____ Sex _____

Name or Parent or Guardian _____ Phone _____

Home Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Business Address _____ City _____ State _____ Zip _____

If parent/guardian listed above is not available in the event of an emergency, please notify:

Indica otra persona que podemos contactar en el evento de una emergencia.

Name _____ Relationship _____ Phone _____

Name _____ Relationship _____ Phone _____

Name of personal physician _____ Phone _____

List any medications (including asthma inhalers/epi-pens) scheduled to be taken during program:

Indica cualquier medicaciones (incluyendo inhaladores para asma/epipens) programdo para ser tomado durante el programa. (A notar: Si tienes alguna medicación tienes que firmar la forma del consentimiento por escrito de meicamientos)

*(Please note: If your child has an inhaler or takes medications on a regular basis you will need to complete the **Written Medication Consent** form included in this packet.)*

List any physical or medical conditions (including allergies and their manifestation) that may affect or limit full participation in our program:

Indica cualquier conditioes fisicos o medicos (incluyendo alergias y sus manifestaciones) que puede afectar o limite la participaciones complete en nuestra programa. (A notar: sit u hijo(a) tiene alguna alergia o condition medica tienes que, firmar la forma del Plan de Atención de la Salud Individual.)

*(Please note: If your child has an allergy or medical condition you will need to complete the **Individual Health Care Plan** form included in this packet.)*

List equipment needed such as braces, glasses, contact lenses, etc.

Indica cualquier material como aparatos ortopédicos, anteojos, lentes de contacto, etc.

Nombre de doctor _____

Name of dentist _____ Phone _____

Número de teléfono _____

Nombre de dentista _____

Personal Health/Accident Insurance Carrier _____ Policy No. _____

Compañía de Seguros de Accidentes/Personales de salud

Child's Name/ Nombre del Hijo(a): _____

GENERAL INFORMATION - Check all items that apply, past or present, to your child's health history.

INFORMACION GENERAL – Elige todo que aplica: pasado o presente: de la historia de salud de tu hijo(a).

ADHD/ADD ADHD/ADD	() Yes ()No	Heart Trouble Problemas de Corazón	() Yes ()No	Learning Disabilities Dificultades de Aprendizaje	() Yes ()No
Asthma Asma	() Yes ()No	Kidney Disease Enfermedad de Riñón	() Yes ()No	Autism Spectrum Espectro de Autismo	() Yes () No
Cancer Cancer	() Yes ()No	High Blood Pressure Presión Alta	() Yes ()No	Allergies Alergias	() Yes () No
Seizures Convulsiones	() Yes ()No	Hemophilia Hemofilia	() Yes ()No		
Diabetes Diabetes	() Yes ()No	Behavior Issues Problemas de Comportamiento	() Yes ()No		

Other: _____

Otro