



2018-2019 REGISTRATION FORM

Child's Name: \_\_\_\_\_ D.O.B.: \_\_\_\_\_ Gender \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_  
**Nombre de Hijo(a)** **Día de Nacimiento** **Gnero** **Edad** **Grado**  
 Home Address: \_\_\_\_\_ Mailing address (if different): \_\_\_\_\_  
**Dirección de casa** **Dirección de Envío (si diferente)**

**Dirección de Correo Electrónico**

**Teléfono de Casa**

Ethnicity: (Please note that we need this information only for our demographics report to our funders. Circle all that apply):

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

**Parent/Guardian Information: Información de pariente/custodio**

Parent's Name _____ <b>Nombre de Madre</b>	Parent's Name _____ <b>Nombre de Padre</b>
Day Time Phone _____ <b>Telefono de Dia</b>	Day Time Phone _____ <b>Telefono de Dia</b>
Cell Phone _____ <b>Numero de Celular</b>	Cell Phone _____ <b>Numero de Celular</b>
Employer _____ <b>Empleador</b>	Employer _____ <b>Empleador</b>
Email Address _____ <b>Dirección de Correo el electronico</b>	Email Address _____ <b>Dirección de correo electronico</b>
Address (if different from child) _____ <b>Dirección de casa (si diferente del hijo(a))</b>	Address (if different from child) _____ <b>Dirección de casa (si diferente del hijo(a))</b>

**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 parientes, por favor, incluye el informacion de contcto por ese individual(es) con quien vive el niño(a) actualmente.**

Guardian Name _____ <b>Nombre del custodio</b>	Guardian Name _____ <b>Nombre del custodio</b>
Day Time Phone _____ <b>Telefono de Dia</b>	Day Time Phone _____ <b>Telefono de Dia</b>
Cell Phone _____ <b>Numero de Celular</b>	Cell Phone _____ <b>Numero de Celular</b>
Employer _____ <b>Empleador</b>	Employer _____ <b>Empleador</b>

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 parte de usted y/o su esposo(a) que podamos 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: \_\_\_\_\_  
Estro de Aula \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Academic Strengths & Needs: \_\_\_\_\_  
Forulezas y necesidades académicas \_\_\_\_\_

Favorite Sports and activities: \_\_\_\_\_  
Deportes y 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)?** (p.e. necesidades especiales, miedos, talentos Lo más que sabemos, lo mejor.)

*What is your preferred method for us to contact you?* \_\_\_\_\_

*In what language do you prefer to be contacted?* \_\_\_\_\_

**PERMISSIONS**  
**PERMISOS**

Indicate your permission for each category by circling the appropriate choice and sign at the end of this section.  
Indica su mermiso por coda categoria y firma al final de está sección.

**Permission to Consume Food: Permiso a Consumir Comida:**

Each day, we provide a nutritious snack. Occasionally, an activity such as cooking will include additional food.  
Cada día, nosotros damos una bocadillo nutritive. De vez en cuando, una actividad como cocinando incluirá comida adicional.

**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) 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 lo siguiente alergia a los alimentos/bebidas:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**Permission to Transport: Permiso a Transportar:**

The Junior High program goes off campus regularly.. All transportation is provided by licensed staff and insured vehicles. De vez en cuando, podría haber razón a transportar a su hijo(a) (viajes al campo, proyectos, especiales, etc.) Tado 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) Sea Distribuido a la Prensa:**

NECC utiliza fotos de los eventos del programa en publicaciones como boletines, cartas de recaudación de fondos, folletos, carteles, informes para los donantes, y los informes anuales. También usamos fotos en las redes sociales. Algunas de estas publicaciones tienen una distribución muy amplia y están en circulación durante tanto tiempo como 18 meses. Siempre que sea posible, tratamos de enviar fotos de grupos de niños. No se utilizan los nombres de los niños en los títulos.

**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 to Advantage. All information regarding grades is confidential.

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

**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 empeados a comunicourse co el orientador o maestros de mi hijo(a), sobre las notas de mi hijo(a) do mi**

\_\_\_\_\_  
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 síntoma 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.

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

**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 lo 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 período de calificaciones.

I agree to hold harmless and waive and release NECC, its staff, volunteers, guest teachers, and leaders from any/all liability for any illness or injury my child may incur while participating in this program.

Estoy de acuerdo en mantener indemne y renunciar y liberar NECC, su empleados, profesores invitados, y los líderes de cualquier/toda responsabilidad por cualquier enfermedad o lesión que mi hijo(a) pueda incurrir durante su participación en este programa.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**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 físicos o medicos (incluyendo alergias y sus manifestaciones) que puede afectar o límite 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.

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 \_\_\_\_\_

Nombre de doctor

Número de teléfono

Name of dentist \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Nombre de dentista

Personal Health/Accident Insurance Carrier \_\_\_\_\_ Policy No. \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros de Accidentes/Personales de salud

I give permission for full participation in the NECC After School Connection After School Program, subject to limitations noted herein. In case of emergency, I understand every effort will be made to contact me. In the event I cannot be reached, I hereby give my permission for NECC staff to contact the appropriate medical and/or dental practitioners. I also give permission to the licensed health-care practitioner selected by the staff member in charge to secure proper treatment, including hospitalization, anesthesia, surgery, and/or injections of medication for my child.

Doy permiso por participación complete en el programa NECC After School Connection After School, sujetos a limitaciones señaladas en esta. En el evento de una emergencia, entiendo que se hará todo lo posible para contactarme. Enel evento que no me pueden contactarme, doy mi permiso a los empleados del programa NECC contactar los profesionales medicos y dentales apropiadas. También, doy mi permiso a los profesionales medicos que elige los empleados de NECC, para asegurar el tratamiento adecuado, incluyendo hospitalización, anetesia, cirugia, y/o inyecciones medicaciones por mi hijo(a).

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

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

**INFORMACION GENERAL** – Elige todo que alica: pasado o presente: delo historia de salud de tu hijo(a).

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

Other: \_\_\_\_\_

Otro