



NECC After School Connection
 A program of the North East Community Center
 Grades 4-6 located at EBIS
 Grades K-3 located at WES

2019-2020 REGISTRATION FORM

Child's Name: _____ D.O.B.: _____ Gender: M F 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)

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

Etnicidad Afroamericano Caucásico Asiático/Isla del Pacífico
 African-American Caucasian Asian/Pacific Islander
 Hispanic Native American Mixed Other _____
 Hispano Nativo Americano Mesclado Otro

Parent/Guardian Information: Información de pariente/custodio

Parent's Name _____ Nombre de Madre	Parent's Name _____ Nombre de Padre
Day Time Phone _____ Telefono de Dia	Day Time Phone _____ Telefono de Dia
Cell Phone _____ Numero de Celular	Cell Phone _____ Numero de Celular
Employer _____ Empleador	Employer _____ Empleador
Email Address _____ Dirección de Correo el electronico	Email Address _____ Dirección de correo electronico
Address (if different from child) _____ Dirección de casa (si diferente del hijo(a))	Address (if different from child) _____ 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 parientes, por favor, incluye el informacion de contcto por ese individual(es) con quien vive el niño(a) actualmente.

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

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 puede ser contactor en el evento de una emergencia. **NOTA: ESTO ES REQUERIDA.**

Name _____ Phone # _____ Second Phone # _____
 Name _____ Phone # _____ Second Phone # _____

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

You may pick your child up at any time. We ask that you honor our closing time, respect our staff schedules, and pick up your child promptly. If your child is not picked up by **5:45 pm** we will have to charge you an extra \$10 for every ten minutes you are late.
Aunque la programa oficialmente termina a las **5:45 pm**, puedes recoger a tu hojo(a) a cualquier hora. Sin embargo, si no te recoges a tu hijo(a) por la 5:30 pm, ten emos que cobran \$10 **más** por cada diez minutos que estas tarde.

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. These will remain confidential)**
Su hijo(a) no se le dara a nadie mas fuera do la lista debajo. Hasta gue estamos familiarizados con nombres y cara de ustedes, pedimos identificacion 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 so autoriados a recoger mi hijo(a):
1. _____ Relationship: _____
2. _____ Relationship: _____
3. _____ Relationship: _____
4. _____ Relationship: _____

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? *¿Cuál es su método de comunicación preferido?*

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

What is your primary reason for registering with the NECC After School Connection? ¿Quales el razon que usted esta registrando?

- Tutoring Ayuda Académica
 Recreation Recreación
 Mentoring Tutoría
 Child Care Cuidado de Niño
 Other 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. You will be charged for any day your child is registered and does not attend. *Indica abajo los días que va asistir tu hijo(a). Si el horario va a cambiar permanentemente, tienes que hablar directamente con el director de programa. Por cada día que no vienes mientras estar registrado, te cobran dinero.*

Monday Lunes	Tuesday Martes	Wednesday Miercoles	Thursday Jueves	Friday Viernes

We ask that you enroll your child for at least 2 days per week. If we have limited slots available for any group, priority will be given to those children who are enrolled and attend 4-5 days per week.

Deposits/Fees/Payment: *Depositos/Cuotas/Pago:*

A deposit equal to the amount of one week's tuition is due with registration. Payment can be made weekly or monthly, in cash or by check, and be given to the program director. Checks should be made out to NECC. Checks can also be mailed to the North East Community Center, PO Box 35, Millerton, NY 12546.

Un deposito de la misma cantidad que una semana de matricula es debido con registro. Puedes pagar seminal o mensual, con efectivo o con cheque. Tienes que dar el pago al director del programa. Escribe sus cheques a NECC o pueden enviarlos a North East Community Center, PO 35, Millerton, NY 12546.

Fees are calculated for the days your child is enrolled. The only pro-rating we do is when we are closed for vacations or for inclement weather. At the beginning of the year you will receive a bill indicating how much you will owe for each week. We do not issue weekly bills. If you need scholarship assistance, please speak with the program director.

Cuotas son calculadas por los días que está enrolado. El unico prorrateo que hacemos es cuando estamos de vacación o por clima inclemente. Al principio del año, vas a recibir una cuenta indicando cuánto debes por cada semana. Nosotros no publicamos cuentas semanales. Si nedesitas ayunsa financieras, por favor habla con el directo del programa.

PLEASE SELECT FROM THE FOLLOWING:

- My child qualifies for Free or Reduced Lunch** (please see your child's After School teacher for the reduced rate)

If NOT Eligible for Free/Reduced Lunch, please select one:
Familias Que No Son Elegible por Almuerzo Gratis/Reducido

- First child:** \$40/week if enrolled all five days, \$10/day if enrolled less than five days
Primer Hijo: \$40/semana si enrolado por todos los cinco días, \$10/dia si enrolado por menos de los cinco días
- Sibling:** \$20/week if enrolled all five days, \$5/day if enrolled less than five days
Hermano: \$20/semana si enrolado por todos los cinco días,\$5/dia si enrolado por menos de los cinco dias

Total Children Attending: _____

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 y firma al final de esta 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 nutritivo. 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.

FOOD/DRINK ALLERGIES: alergia a los alimentos/bebidas:

- No Known Allergies** Sin alergias conocidas
 My Child has the following food/drink allergies: Mi hijo tiene las siguientes alergias a alimentos / bebidas das

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. (please circle one) DOY / NO doy permiso para que el personal de NECC After School Connection aplique protector solar a mi hijo cuando sea necesario. (por favor circule uno)

Permission to Transport: Permiso a Transportar:

On occasion, there may be the need to transport your child for prearranged field trips, special projects, etc.. See your child's teacher if you have questions. 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.) 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 used:

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. Whenever possible we try to submit photos of groups of children.

Permiso Para Que El Nombre/Fotografía de mi Hijo(a) Sea Usar:

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. Siempre que sea posible, tratamos de enviar fotos de grupos de niños..

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.

Comments regarding photo permissions: _____

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

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 a child's grades is confidential.

El programa Advantage After School que es que lo fundo el programa NECC After School Connections, requiere que nosotros comuniquemos con los maestros y los otros empleados respect al progreso académico de nuestros estudiantes. Estamos requeridos a reportar 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 al personal de NECC After School Connection para comunicarse con el consejero o maestro de orientación de mi hijo sobre las calificaciones y otros temas relevantes para la participación de mi hijo en el programa después de la escuela.

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.)

_____ **Attendance Policy:** I have read the attendance policy and understand that when my child will be absent from the After-School program on a day he or she is scheduled, I will text, call or email the program coordinator as soon as possible. **Política de asistencia:** He leído la política de asistencia y entiendo que cuando mi hijo se ausente del programa después de la escuela en un día programado, enviaré un mensaje de texto, llamaré o enviaré un correo electrónico al coordinador del programa lo antes posible.

_____ **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 program de NECC, me van a contactar imediatamente, a recoger mi hijo(a) y que no [uede regresar hasta el pblema es atenido.

_____ **Code of Conduct and Discipline Policy:** I have read the NECC After School Connection Code of Conduct and understand that breaking these rules may result in disciplinary action including written and verbal warnings, parental contact, suspension, expulsion from the program or immediate pick up. **Reglas y Normas de Disciplina:** He leído y enfendido las reglas de la programa de NECC After School Connecton y entiendo que québrando las reglas puede resultar en acciones disciplinarios incluyendo avisos escritos y verbales, contacto de padres, suspensión, expulsion de la programa o recogida inmediata.

_____ **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 may 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 academica y que la programa Advantage After School quiere realizar el seguimiento del mejuramiento 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.

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

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

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. En el 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, cirugía, y/o inyecciones medicaciones por mi hijo(a).

Signature

Date

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

To my knowledge, my child's vaccinations are up-to-date and are on file at Webutuck CSD () Yes () No

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 () 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: _____	Notes: _____	
Otro	Notas	

If you checked yes to any condition, please elaborate:

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

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

(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 condiciones físicas o medicos (incluyendo alergias y sus manifestaciones) que puede afectar o limite la participaciones complete en nuestra programa. (A notar: si tu 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.