

**FY23 MIDDLE SCHOOL AFTERSCHOOL PROGRAM
REGISTRATION FORM (ENGLISH)**

Students eligible for Free/Reduced Lunch may attend Before/Afterschool free of charge when a copy of the free/reduced award letter is provided with the registration form. Fees will be charged until the letter is provided, and there will be NO refund.

School: _____ Date: _____

Student's Name: _____ Date of Birth: _____

Grade: _____ ID# _____ Cell Phone #: _____ Other phone #: _____

Afterschool Director: _____

Home Phone: _____ Business Phone: _____

Legal Address: _____

Parent/Guardian: _____

Family Physician: _____

Hospital Preference: _____

Persons authorized* to remove your child(ren) from our program:

Name: _____ Phone No. _____

Name: _____ Phone No. _____

Name: _____ Phone No. _____

Contact persons in event of an emergency, if parents cannot be reached. Those listed are authorized to remove my child from the facility in an event of an emergency:

Name _____ Phone No. _____

Address _____ Phone No. _____

Name _____ Phone No. _____

Address _____ Phone No. _____

Do you grant permission to consult your family physician and/or send your child to the hospital emergency room in case of serious illness or accident? Yes _____ No _____

Does your child have any allergies? Yes _____ No _____ if yes, please list them:

Does your child need any medication while in our program? Yes _____ No _____

Does your child have any medical problems of which we should be aware? Yes _____ No _____

Please specify: _____

Insurance: Company Name: _____ Expiration: _____ Policy No. _____

Signature of Parent/Guardian _____ Date: _____

***Unless there is a specific Custody Order from a Florida Court on file at the school, the child may be released to the non-custodial parent.**

FY23 FORMULARIO DE REGISTRACIÓN DEL PROGRAMA PARA DESPUÉS DE LA ESCUELA INTERMEDIA

Los estudiantes elegibles para almuerzo gratis / reducido pueden asistir antes / después de clases sin cargo cuando se les proporcione una copia de la carta de premios gratis / reducida con la inscripción. Las tarifas se cobrarán hasta que se proporcione la carta y NO habrá reembolso.

Nombre de la escuela: _____ Fecha: _____

Nombre de (el/la) estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____ ID#: _____ Teléfono móvil: _____

Director del Programa: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección oficial: _____

Padre, Madre o tutor legal: _____

Médico de la familia: _____

Dirección: _____

Hospital de preferencia: _____

Personas autorizadas* para recoger su hijo(a)s del programa:

Nombre: _____ N° de teléfono: _____

Nombre: _____ N° de teléfono: _____

Nombre: _____ N° de teléfono: _____

Representante en caso de emergencia si no se les puede avisar a los padres.

Las siguientes personas están autorizadas para recoger a mi hijo(a) en el plantel en caso de emergencia:

Nombre _____ Dirección _____ N° de teléfono _____

Nombre _____ Dirección _____ N° de teléfono _____

Da usted autorización para comunicarnos con el médico de su familia y/o enviar a su hijo(a) a la sala de urgencias del hospital en caso de accidente o enfermedad grave? Sí _____ No _____

Padece su hijo(a) de alergias? Sí _____ No _____ Por favor, si su respuesta es (Sí) especifíquelas:

Necesita su hijo(a) medicamento mientras participa en nuestro programa? Sí _____ No _____

Tiene su hijo(a) alguna condición médica de que debemos tener conocimiento? Sí _____ No _____

Por favor especifique: _____

Nombre de la compañía de seguro: _____

Fecha de expiración _____ N° de la póliza _____

Firma del Padre, Madre o Tutor legal

Fecha

* El estudiante se le puede entregar al padre que no tenga tutela, siempre y cuando exista una Orden de Custodia emitida por una Corte de la Florida en los archivos de la escuela.

The Multicultural Education Department Translation Team certifies that this is a true and faithful translation of the original English document.

FY23 PWOGRAM GADRI APRÈ KLAS POU LEKÒL MWAYEN
APLIKASYON ENSKRIPSYON (CREOLE)

Elèv ki kalifye pou manje midi gratis / redwi ka ale anvan / aprè lekòl gratis lè yo bay yon kopi lèt prim gratis / redwi a avèk enskripsyon an. Frè yo pral chaje jiskaske yo bay lèt la, epi pap gen ranbousman.

Non lekòl la: _____ Dat: _____

Non elèv la: _____ Dat nesans li: _____

Klas: _____ Nimewo ID: _____ Telefòn selilè #: _____ lòt telefòn #: _____

Direktè apre lekòl: _____

Telefòn lakay: _____ Telefòn travay: _____

Adrès fizik: _____

Paran/responsab: _____

Doktè fanmi an: _____

Adrès: _____

Lopital ou prefere: _____

Moun ki gen dwa vin chèche pitit ou a (yo) nan pwogram nou an:

Non: _____ Nimewo telefòn: _____

Non: _____ Nimewo telefòn: _____

Non: _____ Nimewo telefòn: _____

Men moun lekòl la kapab kontakte pou ka ijans, si yo pa kapab jwenn paran yo. Moun ki sou lis anba yo gen otorizasyon pou vin chèche pitit mwen an nan lokal la nan yon ka ijans:

Non: _____ Adrès: _____ Nimewo telefòn: _____

Non: _____ Adrès: _____ Nimewo telefòn: _____

Èske ou bay pèmasyon pou yo kontakte doktè ou a epi/oswa voye pitit ou a nan lopital dijans nan ka aksidan oswa maladi grav? Wi ___ Non ___

Èske pitit ou a fè alèji? Wi ___ Non ___ si wi, tanpri site yo: _____

Èske pitit ou an bezwen pran medikaman pandan li nan pwogram nou an? Wi ___ Non ___

Èske pitit ou an genyen kèk pwoblèm medikal kèlkonk nou ta sipoze konnen? Wi ___ Non ___

Tanpri bay plis enfòmasyon: _____

Asirans sante: Non konpayi a: _____

Ekspirasyon: _____ Nimewo kontra a: _____

Siyati paran/responsab la: _____ Dat: _____

*Yo kapab renmèt timoun nan bay nenpòt paran ki pa rete nan menm kay avèk li, amwenske ta genyen yon lòd espesifik tribinal Eta Florid nan dosye timoun ki anpeche sa fèt.