

ASES AFTER SCHOOL PROGRAM - REGISTRATION FORM

Vaughn Next Century Learning Center - Global Green Generation (G3)

SUBMISSION OF THIS REGISTRATION FORM DOES NOT GUARANTEE ENROLLMENT IN THE PROGRAM.

STUDENT LAST NAME:		STUDENT FIRST NAME:	
STUDENT MIDDLE NAME:		BIRTH DATE: ____/____/____	
HOME ADDRESS:		CITY: _____, CA	
ZIP CODE:	PARENT/GUARDIAN EMAIL:		
MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> GRADE: _____			

EMERGENCY INFORMATION - AUTHORIZED ADULTS FOR CHILD RELEASE

Authorized adult = must be 18 years or older, must be on this list, must provide photo I.D. when picking up a child OR when periodically asked.

NAME/RELATIONSHIP	PRIMARY PHONE NUMBER	SECONDARY PHONE NUMBER
NAME:	(____)____-____	(____)____-____
PARENT/GUARDIAN		
NAME:	(____)____-____	(____)____-____
PARENT/GUARDIAN		
Name:	(____)____-____	(____)____-____
Relationship:		
Name:	(____)____-____	(____)____-____
Relationship:		
Name:	(____)____-____	(____)____-____
Relationship:		
Name:	(____)____-____	(____)____-____
Relationship:		

AUTHORIZED RELEASE: I authorize my child to be released to the individuals listed above. I understand that my child must be signed out by an authorized adult who is 18 years or older and listed on this registration form. Authorized adults must provide photo I.D. when picking up my child, if asked by staff. ASES staff will not release my child to anyone who does not follow program policies and procedures. I need to provide at least 3 names of authorized adults and their **current** telephone numbers. Any changes to this information, I will need to make in person as soon as possible. **Initials:** _____

EMERGENCY MEDICAL ATTENTION: In case of a medical emergency, I understand Vaughn ASES will call 911, and then notify parents/guardians. I understand that VAUGHN is not responsible for any cost incurred for emergency transportation or any medical treatment received due to the medical emergency. **Initials:** _____

Does your child have any health condition, physical limitation, and/or impairment? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES,
Does your child take any medication? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES,
Does your child have any allergies? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES,

PUPIL DESIGNATION (please choose one if applicable) Homeless youth Foster care

MANDATED COURT ORDER: Does the student have a mandated court order or legal shared custody that is on file with G3? (please choose one if applicable) Yes No

RELEASE FOR PHOTOGRAPH/VIDEO: ASES may photograph/video students engaged in program activities for the Vaughn website, program brochures, and school bulletin boards only. Yes, I authorize ASES to photograph/video my child. No, I do not authorize ASES to photograph/video my child.

CONSENT FOR PROGRAM EVALUATION: I understand that my child will participate in activities that will help program leaders evaluate the effectiveness of the program and its activities. **Initials:** _____

CONSENT TO DISCLOSE INFORMATION: I give consent for the disclosure of personally identifiable information from my child's education records (Family Educational Rights and Privacy Act) to Vaughn ASES After School Program, to the extent needed and for the duration that my child will participate in ASES program activities. **Initials:** _____

EARLY RELEASE Will your child be participating in other activities that will impact their attendance more than once a week? Yes No

ADULT COMPLETING APPLICATION _____ **RELATIONSHIP TO STUDENT** _____

SIGNATURE _____ **DATE** ____/____/____

ASES PROGRAMA DE VERANO - FORMA DE INSCRIPCIÓN

Vaughn Next Century Learning Center - Global Green Generation (G3)

LA ENTREGA DE ESTE FORMULARIO NO GARANTIZA LA MATRÍCULA EN EL PROGRAMA

APELLIDO DE ESTUDIANTE:		PRIMER NOMBRE DE ESTUDIANTE:	
SEGUNDO NOMBRE DE ESTUDIANTE:		FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____	
DOMICILIO DE CASA:		CIUDAD: _____, CA	
CÓDIGO POSTAL:	CORREO ELECTRÓNICO DE PADRE/GUARDIÁN:		
GÉNERO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	GRADO:		

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA - ADULTOS AUTORIZADOS PARA RECOGER AL ESTUDIANTE

Adulto autorizado = 18 años o mayor, debe estar en esta lista, debe presentar identificación cuando se recoge al estudiante.

NOMBRE/RELACIÓN	NÚMERO PRIMARIO DE TELÉFONO	NÚMERO SECUNDARIO DE TELÉFONO
NOMBRE:	(_____) _____ - _____	(_____) _____ - _____
PADRE/GUARDIÁN		
NOMBRE:	(_____) _____ - _____	(_____) _____ - _____
PADRE/GUARDIÁN		
NOMBRE:	(_____) _____ - _____	(_____) _____ - _____
Relación:		
NOMBRE:	(_____) _____ - _____	(_____) _____ - _____
Relación:		
NOMBRE:	(_____) _____ - _____	(_____) _____ - _____
Relación:		
NOMBRE:	(_____) _____ - _____	(_____) _____ - _____
Relación:		

AUTORIZACIÓN PARA SOLTAR AL ESTUDIANTE: Yo autorizo que estos individuos nombrados arriba, puedan recoger a mi hijo/a. Yo entiendo que un adulto, 18 años o mayor, registrado en esta lista, tiene que firmar para recoger a mi hijo/a. El adulto autorizado por mí, debe presentar identificación para recoger a mi hijo/a si es preguntado por el personal de ASES. Trabajadores del programa ASES no soltarán a mi hijo/a a alguien que no siga la pólizas o procedimientos del programa. Tengo que proveer por lo menos 3 nombres de adultos y sus números telefónicos más corrientes. Cualquier cambio a esta información tendré que proveerla en persona lo mas antes posible. **Iniciales:** _____

ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA: En caso de una emergencia médica, entiendo que Vaughn ASES llamara al 911, y luego llamará a los padres/guardianes. Yo entiendo que Vaughn no será monetariamente responsable por ningún costo contraído por la transportación de emergencia o por el tratamiento médico. **Iniciales:** _____

¿Su hijo/a tiene alguna condición médica, limitaciones físicas, o impedimento? <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI,
¿Su hijo/a toma algún medicamento? <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI,
¿Tiene alergias? <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI,

DESIGNACIÓN DE ALUMNO (elija uno si corresponde) Joven sin hogar Cuidado de crianza

ORDEN DE CORTE MANDATARIO ¿Tiene el estudiante una orden judicial obligatoria o custodia compartida legal que esté archivada con G3?
 Si No

PERMISO PARA FOTOS/VIDEOS: ASES podría tomar fotos o videos de estudiantes mientras participan en las actividades del programa para incluirlos en el sitio de internet de Vaughn, para folletos del programa, o para presentarlas en las paredes de la escuela.
 Sí, yo permito que a mi hijo/a se le tome fotos o videos. No, yo no permito que a mi hijo/a se le tome fotos o videos.

CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA: Yo entiendo que mi hijo/a participará en actividades que ayudarán a los administradores del programa evaluar la eficacia del programa. **Iniciales:** _____

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Yo doy consentimiento para divulgar información personal de los expedientes escolares de mi hijo/a (La Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar- FERPA) a Vaughn ASES Programa de Después de Escuela para usar la información necesaria mientras mi hijo/a participe en el programa. **Iniciales:** _____

LIBERACIÓN TEMPRANA ¿Participará su hijo en otras actividades que afectarán su asistencia más de una vez por semana? Sí No

ADULTO COMPLETANDO APLICACIÓN _____ FIRMA _____ FECHA _____