

**Kid's Stop/Breakfast Club**  
**Paper Registration Form 2021-2022**

*Formulario de Registración 2021-2022 para el programa de  
Breakfast Club(antes de la escuela)/Kid's Stop(después de la escuela)*

**Student Name / *Nombre del Estudiante:*** \_\_\_\_\_

**Student id Number / *Número de Identificación del Estudiante:***

\_\_\_\_\_

**Home Address / *Dirección de su Casa:*** \_\_\_\_\_

**Email Address / *Email:*** \_\_\_\_\_

**Mother's Name / *Nombre de la Madre:*** \_\_\_\_\_

**Mother's Home phone number / *Número de teléfono de casa de la Mama:***

\_\_\_\_\_

**Mother's Cell phone number / *Número de telefono celular de la Mama***

\_\_\_\_\_

**Mother's Work Number / *Número de teléfono del trabajo de la Mama:***

\_\_\_\_\_

**Mother's Email / *Dirección del correo electrónico de la Madre:***

\_\_\_\_\_

**Is Mother an authorized pickup person**

*Es la madre una persona autorizada para poder recoger:*

\_\_\_\_\_

Father's Name / *Nombre del Padre:* \_\_\_\_\_

Father's Home phone number / *Número de teléfono de casa del padre*

\_\_\_\_\_

Father's Cell phone number / *Número de teléfono celular del padre:*

\_\_\_\_\_

Father's Work Phone Number / *Número de teléfono de trabajo del padre:*

\_\_\_\_\_

Father's Email Address / *Correo Electronico del Padre:*

\_\_\_\_\_

Is Father an authorized pickup person /

*Es el Padre una persona autorizada que puede recoger:*

\_\_\_\_\_

**Please list two Emergency Contacts / *Por favor liste 2 contactos de Emergencia:***

**Emergency Contact #1 Name and Phone #**

*Nombre y Teléfono del Contacto de Emergencia # 1:*

\_\_\_\_\_

**Emergency Contact #2 Name and Phone #:**

*Nombre y Teléfono del Contacto de Emergencia # 2 :*

\_\_\_\_\_

**Allergies or Medical - Conditions that Kid's Stop and/or Breakfast**

**club needs to be aware of / *Alergias o Razones Médicas - Condiciones que***

*Kid's stop y/o Breakfast club necesitan saber*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Is an Epi Pen Required - Yes or No /**

*Requiere una inyección para la alergia llamado Epi Pen Si o No:*

\_\_\_\_\_

**Child's Physician / *Doctor del niño(a):*** \_\_\_\_\_

**Physicians Phone / *Teléfono del Doctor:*** \_\_\_\_\_

**Media Release / *Comunicado de prensa:*** \_\_\_\_\_

**Medical Insurance and Policy Number / *Seguro Medico y Numero de Poliza***

\_\_\_\_\_

**Release of Child to Whom / *Quien puede recoger al niño(a):***

\_\_\_\_\_

**Custody Restraints, Please Explain /**

*Restricciones por Custodia, por favor Explique:*

\_\_\_\_\_

**Childs Nickname / *Sobrenombre del niño(a):*** \_\_\_\_\_

**Language Spoken at Home / *Lenguaje que se hablada en casa:***

\_\_\_\_\_

**Favorite Snacks / *Bocadillos favoritos:***

\_\_\_\_\_

**My Child is Special Because / *Mi hijo(a) es especial porque:***

\_\_\_\_\_

**My Child Could Use Help With / *Mi hijo(a) podría usar ayuda con:***

\_\_\_\_\_

**Grade Entering and School Attending**

*Grado que empieza y escuela que asistira:*

---

**Please select/Circle desired schedule 2 day minimum:**

*Por favor seleccione/Círcule el horario deseado - mínimo 2 días:*

**Monday / lunes**

**Tuesday / Martes**

**Wednesday / Miercoles**

**Thursday / Jueves**

**Friday / Viernes**

**Please choose a pickup time: 4:30pm or 6:00pm from Kid's stop**

*Por Favor elija la hora que recogerá del programa Kid's stop: 4:30 o 6:60*

---

**Please select desired payment option:**

*Por favor, seleccione la opción de pago deseada:*

---

I authorize the program director and staff to act in an emergency requiring medical attention. I understand that I am responsible for all Hospital, Laboratory and Doctor's fees. My child is physically fit to participate in vigorous physical activity and I further understand that neither the Town of North Andover or North Andover School District will be held responsible for accidents or illness.

*Autorizo a la directora del programa y personal para actuar en una emergencia que requiere atención médica. Entiendo que soy responsable de todo los cargos del Hospital, laboratorio y consultorio. Mi niño(a) está físicamente apto para participar en actividades físicas vigorosas y además entiendo que ni la ciudad de North Andover o el distrito escolar de North Andover se hace responsable de accidentes o enfermedades.*

**Parent/Guardian Signature and date / Fecha y firma del padre/tutor:**

---