

Whitesides Before & After School Program Application 2022-2023

Please print legibly; complete all sections front and back

INCOMPLETE APPLICATIONS WILL NOT BE PROCESSED

Parent/Guardian Information

Name:			Name:		
Address:			Address:		
City:			City:		
Home #	Work#	Cell #	Home #	Work #	Cell #
Email:			Email:		

Acceptance letter will be sent to email provided

Parent/Guardian Employment Information (with whom the child resides):

Parent Name:	Parent Name:
Employer:	Employer:
Work Address (Include City):	Work Address (Include City):
Supervisor:	Supervisor:
Supervisors phone #:	Supervisors phone #:
Work Hours:	Work Hours:

Emergency Contact and Sign Out Information

If BASP Staff are unable to get in contact with the Parents/Guardians listed above, they will contact individuals in the below in the order listed. The following people, including parents/guardians, are authorized to sign the student out of the program.

ANYONE SIGNING OUT A STUDENT MUST BE PREPARED TO SHOW PICTURE ID!

#	Name	Relationship to child	Phone Number	Preferred Language
1				
2				
3				
4				
5				

Are there any custody or restraining orders for persons who may attempt to pick up or have contact with the child while in the program? No Yes (Any applicable paperwork must accompany this application)

Name _____

Name _____

Days & Reasons my child will not be attending the program: (EX. Wednesdays for Scouts or Tuesdays for piano)

Student Information (one application per child)

Student Name: (first, last)	Date:
Address:	
Date of Birth:	Monthly payment:
Language spoken at home:	Grade:
New to Whitesides Elementary? Yes No	Teacher:
Siblings also applying to the program (Names): (one application must be filled out for each child)	Program Requested: AM PM Both Will they come every day of the week? MON TUES WED THURS FRI

Child's Medical History

Please write none if your child has no medical problems.

Allergies (food, medications, bees, etc.) _____

Chronic or recurrent illness or diseases (asthma, seizures, diabetes, etc.) _____

Does your child take medication for this condition? Yes No

If yes, please state name and dosage _____

Will medication need to be given during program hours? Yes No

If yes, how and when is it to be given? _____

(Proper paperwork must be filled out by a doctor- forms can be obtained in the office)

Emergency Release

I authorize the provision of emergency treatment if the above child becomes ill or injured while under program care. I understand that an ambulance may be called and my child may be transported by ambulance if needed.

Parent/ Guardian Initial _____

Video/Picture Release

I give permission to have my child appear in candid pictures and any media coverage approved by the program.

Parent/ Guardian Initial _____

Travel Release

I give permission for my child to leave the school for field trips and release the Before and After School Program of any liability. I understand there may be walking field trips or bus trips.

Parent/ Guardian Initial _____

Financial Agreement

I agree to pay tuition to the before and after school program on time. Tuition is due by the first Friday of each month. Late charges may apply. I understand that there will be late fees if my child is picked up late.

Parent/Guardian Initial _____

Please describe why your family needs this program: _____

Please describe any further information that will be helpful in understanding and caring for your child:

I give my child permission to attend the program. I release the program from any and all liability. I understand it is my responsibility to sign my child IN to the before school program and OUT of the after-school program. My child and I have read and understand the parent handbook and agree to the terms stated in it in order to provide a safe and fun environment for all students. We also understand that failure to comply with the policies and rules may result in dismissal from the program.

Parent/ Guardian Signature _____ Date _____

Additional Student Page

Student Information (one application per child)

Student Name: (first, last)	Date:
Address:	
Date of Birth:	Monthly Payment:
Language spoken at home:	Grade:
New to Whitesides Elementary? Yes No	Teacher:
Siblings also applying to the program (Names): (one application must be filled out for each child)	Program Requested: AM PM Both Will they come every day of the week? MON TUES WED THURS FRI

Child's Medical History

Please write none if your child has no medical problems.

Allergies (food, medications, bees, etc.) _____

Chronic or recurrent illness or diseases (asthma, seizures, diabetes, etc.) _____

Does your child take medication for this condition? Yes No

If yes, please state name and dosage _____

Will medication need to be given during program hours? Yes No

If yes, how and when is it to be given? _____

(Proper paperwork must be filled out by a doctor- forms can be obtained in the office)

Emergency Release

I authorize the provision of emergency treatment if the above child becomes ill or injured while under program care. I understand that an ambulance may be called and my child may be transported by ambulance if needed.

Parent/ Guardian Initial _____

Video/Picture Release

I give permission to have my child appear in candid pictures and any media coverage approved by the program.

Parent/ Guardian Initial _____

Travel Release

I give permission for my child to leave the school for field trips and release the Before and After School Program of any liability. I understand there may be walking field trips or bus trips.

Parent/ Guardian Initial _____

Financial Agreement

I agree to pay tuition to the before and after school program on time. Tuition is due by the first Friday of each month. Late charges may apply. I understand that there will be late fees if my child is picked up late.

Parent/Guardian Initial _____

Please describe why your family needs this program: _____

Please describe any further information that will be helpful in understanding and caring for your child:

I give my child permission to attend the program. I release the program from any and all liability. I understand it is my responsibility to sign my child IN to the before school program and OUT of the after-school program. My child and I have read and understand the parent handbook and agree to the terms stated in it in order to provide a safe and fun environment for all students. We also understand that failure to comply with the policies and rules may result in dismissal from the program.

Parent/ Guardian Signature _____ Date _____

Aplicación del Programa Antes y Después de la escuela de Whitesides 2022-2023

Escriba en letra legible; completar todas las secciones delantera y trasera
LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS NO SERÁN PROCESADAS

Información de Padres/Guardian

Nombre:			Nombre:		
Direccion:			Direccion:		
Cuidad:			Cuidad:		
Casa #	Trabajo #	Cellular #	Casa #	Trabajo #	Cellular #
Correo Electrónico:			Correo Electrónico:		

Se enviará una carta de aceptación al correo electrónico proporcionado

Información de empleo para padres/guardian (Con quien reside el estudiante)

Nombre:		Nombre:	
El Empleador		El Empleador	
Dirección de trabajo:		Dirección de trabajo:	
Supervisor:		Supervisor:	
Supervisors #:		Supervisors #:	
Horas laborales:		Horas laborales:	

Contacto de Emergencia y Autorización de recogida de estudiantes

Si el personal de BASP no puede ponerse en contacto con los padres/tutores mencionados anteriormente, se comunicarán con las personas a continuación en el orden indicado. Las siguientes personas, incluidos los padres/tutores, están autorizadas para sacar al estudiante del programa.

¡CUALQUIER PERSONA DEBE ESTAR PREPARADO PARA MOSTRAR UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTO!

	Nombre	Relación con estudiante	Número de teléfono	Idioma preferido
1				
2				
3				
4				
5				

¿Existen órdenes de custodia o de restricción para las personas que puedan intentar recoger o tener contacto con el estudiante mientras están en el programa? No (Cualquier documentación aplicable debe acompañar esta aplicación)

Nombre _____
Nombre _____

Días y razones por las que mi estudiante no asistirá al programa: (EX. miércoles para Scouts o martes para piano)

Información del estudiante (una solicitud por estudiante)

Nombre de estudiante: (nombre, apellido)	Fecha:
Dirección:	
Fecha de Nacimiento:	Pago mensual:
Idioma preferido:	Grado:
Nuevo/a a Whitesides Elementary? Si No	Maestro/a:
Hermanos que también aplican al programa (Nombre): (se debe completar una aplicación por cada estudiante)	Programa Solicitado: AM PM Ambos Vendrán todos los días de la semana?

Historial médico del estudiante

Por favor escriba ninguno si su hijo no tiene problemas médicos.

Alergias (alimentos, medicamentos, abejas, etc.)

Enfermedad o enfermedades crónicas o recurrentes (asma, convulsiones, diabetes, etc) _____

¿Su hijo toma medicamentos para esta afección? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre y la dosis _____

¿Será necesario administrar medicamentos durante el horario del programa? Sí No

En caso afirmativo, ¿cómo y cuándo se debe administrar?

(La documentación adecuada debe ser completada por un médico; los formularios se pueden obtener en la oficina)

Liberación de emergencia

Autorizo la provisión de tratamiento de emergencia si el niño arriba mencionado se enferma o lesiona mientras está bajo el cuidado del programa. Entiendo que se puede llamar a una ambulancia y que mi hijo puede ser transportado en ambulancia si es necesario.

Inicial del padre/guardian _____

Publicación de video/imagen

Doy permiso para que mi hijo aparezca en fotografías espontáneas y en cualquier cobertura de los medios aprobada por el programa.

Inicial del padre/guardian _____

Liberación de viaje

Doy permiso para que mi hijo salga de la escuela para excursiones y libero al Programa Antes y Después de la Escuela de cualquier responsabilidad. Entiendo que puede haber excursiones a pie o viajes en autobús.

Inicial del padre/guardian _____

Acuerdo financiero

Estoy de acuerdo en pagar la matrícula del programa antes y después de la escuela a tiempo. La matrícula vence el primer Viernes de cada mes. Se pueden aplicar cargos por demora. Entiendo que habrá recargos por mora si mi hijo es recogido tarde.

Inicial del padre/guardian _____

Describe por qué su familia necesita este programa: _____

Describe cualquier información adicional que sea útil para comprender y cuidar a su hijo: _____

Doy permiso a mi hijo para asistir al programa. Libero al programa de toda responsabilidad. Entiendo que es mi responsabilidad firmar la ENTRADA de mi hijo en el programa antes de la escuela y la SALIDA del programa después de la escuela. Mi hijo y yo hemos leído y entendido el manual para padres y estamos de acuerdo con los términos establecidos en él para brindar un ambiente seguro y divertido para todos los estudiantes. También entendemos que el incumplimiento de las políticas y reglas puede resultar en el despido del programa.

Firma del Padre / Guardian _____ **Fecha** _____