

## Expanded Learning Application Aplicación de Aprendizaje Ampliada

Grade This Year \_\_\_\_\_  
Grado Este Año \_\_\_\_\_

\*Please complete one application for each child you would like to enroll in the Expanded Learning Program. *This application does not guarantee immediate enrollment.* Your child will be placed on a waiting list in accordance with the date the application was received.

\*Por favor complete una aplicación por cada niño que le gustaría inscribir en el Programa de Aprendizaje Ampliado. *Esta aplicación no garantiza la inscripción inmediata.* Su hijo(a) será colocado en una lista de espera de acuerdo con la fecha en que se recibió la aplicación.

Last Name/ Apellido	Name/ Nombre	Middle Initial/ Inicial	Teacher/ Maestra/o	School/ Escuela



**My child has special health needs.** Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Mi niño tiene necesidades especiales de la salud.** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Why would you like your child in the Expanded Learning Program? (Check all that apply)

¿Por qué le gustaría que su hijo participara en el Programa de Aprendizaje Ampliado? (Marque todos los que aplican)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Needs after school supervision activities.<br>Necesita cuidado después de escuela | <input type="checkbox"/> Needs after school activities.<br>Necesita actividades después de escuela. |
| <input type="checkbox"/> Needs help with homework.<br>Necesita ayuda con la tarea.                         | <input type="checkbox"/> Other _____<br>Otra razón _____  |

Address/Domicilio \_\_\_\_\_ Home Phone/Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_

Mothers Name/Nombre de Madre \_\_\_\_\_ Cell Phone/ Teléfono de Celular \_\_\_\_\_

Place of Employment/Lugar de Empleo \_\_\_\_\_ Work #/Numero del Trabajo \_\_\_\_\_

Fathers Name/Nombre de Padre \_\_\_\_\_ Cell Phone/ Teléfono de Celular \_\_\_\_\_

Place of Employment/Lugar de Empleo \_\_\_\_\_ Work #/Numero del Trabajo \_\_\_\_\_

Guardian Name/Nombre de Guardian \_\_\_\_\_ Cell Phone/ Teléfono de Celular \_\_\_\_\_

Place of employment/Lugar de Empleo \_\_\_\_\_ Work #/Numero del Trabajo \_\_\_\_\_

Who will pick up the child? /Quien va recoger al hijo/a? \_\_\_\_\_

**\*Note:** If the person picking up the child from the program is between the ages of 15-17 years of age a signed note signed by the parent must be on file with the Expanded Learning Program. **Ask:** In the Office for that document.

**\*Nota:** Si la persona que recoge al niño del programa tiene entre 15 y 17 años de edad, una nota firmada por el padre debe estar archivada en el Programa de Aprendizaje Ampliado. **Preguntar:** En la Oficina para ese documento.

**Parent/Guardian Signature/ Firma del Padre/Guardian:** \_\_\_\_\_ **Date/Fecha:** \_\_\_\_\_



**Permission to use your child's photo and name for district publishing.** Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
**Permiso de usar foto y nombre de su hijo/a para publicaciones del distrito.** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Complete this portion if your student **will not participate** / Complete esta porción si su estudiante **no participará**

Child's Name/Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Grade/Grado: \_\_\_\_\_

Reason for not participating/ Razón por no participar: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature/ Firma de Padres/Guardian: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

## Expanded Learning Application Aplicación de Aprendizaje Ampliada

Grade This Year \_\_\_\_\_  
Grado Este Año \_\_\_\_\_

\*Please complete one application for each child you would like to enroll in the Expanded Learning Program. This application does not guarantee immediate enrollment. Your child will be placed on a waiting list in accordance with the date the application was received.

\*Por favor complete una aplicación por cada niño que le gustaría inscribir en el Programa de Aprendizaje Ampliado. Esta aplicación no garantiza la inscripción inmediata. Su hijo(a) será colocado en una lista de espera de acuerdo con la fecha en que se recibió la aplicación.

Last Name/ Apellido	Name/ Nombre	Middle Initial/ Inicial	Teacher/ Maestra/o	School/ Escuela



**My child has special health needs.** Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Mi niño tiene necesidades especiales de la salud.** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Why would you like your child in the Expanded Learning Program? (Check all that apply)

¿Por qué le gustaría que su hijo participara en el Programa de Aprendizaje Ampliado? (Marque todos los que aplican)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Needs after school supervision activities.<br>Necesita cuidado después de escuela | <input type="checkbox"/> Needs after school activities.<br>Necesita actividades después de escuela. |
| <input type="checkbox"/> Needs help with homework.<br>Necesita ayuda con la tarea.                         | <input type="checkbox"/> Other _____<br>Otra razón _____  |

Address/Domicilio \_\_\_\_\_ Home Phone/Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_

Mothers Name/Nombre de Madre \_\_\_\_\_ Cell Phone/ Teléfono de Celular \_\_\_\_\_

Place of Employment/Lugar de Empleo \_\_\_\_\_ Work #/Numero del Trabajo \_\_\_\_\_

Fathers Name/Nombre de Padre \_\_\_\_\_ Cell Phone/ Teléfono de Celular \_\_\_\_\_

Place of Employment/Lugar de Empleo \_\_\_\_\_ Work #/Numero del Trabajo \_\_\_\_\_

Guardian Name/Nombre de Guardian \_\_\_\_\_ Cell Phone/ Teléfono de Celular \_\_\_\_\_

Place of employment/Lugar de Empleo \_\_\_\_\_ Work #/Numero del Trabajo \_\_\_\_\_

Who will pick up the child? /Quien va recoger al hijo/a? \_\_\_\_\_

\***Note:** If the person picking up the child from the program is between the ages of 15-17 years of age a signed note signed by the parent must be on file with the Expanded Learning Program. **Ask:** In the Office for that document.

\***Nota:** Si la persona que recoge al niño del programa tiene entre 15 y 17 años de edad, una nota firmada por el padre debe estar archivada en el Programa de Aprendizaje Ampliado. **Preguntar:** En la Oficina para ese documento.

**Parent/Guardian Signature/ Firma del Padre/Guardian:** \_\_\_\_\_ **Date/Fecha:** \_\_\_\_\_



**Permission to use your child's photo and name for district publishing.** Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
**Permiso de usar foto y nombre de su hijo/a para publicaciones del distrito.** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Complete this portion if your student **will not participate** / Complete esta porción si su estudiante **no participará**

Child's Name/Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Grade/Grado: \_\_\_\_\_

Reason for not participating/ Razón por no participar: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature/ Firma de Padres/Guardian: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_