

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