

YES Prep ASPIRE Participant Registration Form – 2023-2024

******PLEASE PRINT******

I attended the After-School Program last year Yes No

Campus: _____

Participant Last Name	Participant First Name	Middle Initial	Participant Home Phone #
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Home Street Address	City	State	Zip
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ethnicity/Race: (Two Part Question, Please Complete Both Sections)

Age Gender (M or F)

Ethnicity (Choose one) Hispanic/Latino or Not

Race (Choose one or more, regardless of ethnicity):

Student ID#:

American Indian/Alaska Native (1) Asian (2)

Birth Date / /

Black/African American (3) White (4)

Native Hawaiian/Hawaiian/Another Pacific Islander (5)

Grade Level 2023-2024

Student receives: (*check one*)

- Free Lunch
 Reduced Price Lunch

Student Primary Language

Student/participant lives with: (check one)

- Both parents Single parent mother Single parent father
 Foster care Guardian Other _____

This student will: walk home be picked up take ASPIRE transportation take city transportation

What extracurricular activities does this student participate in? _____

Is there any medical reason why my child shall not participate in certain physical activities? No Yes

If yes, explain below:

List below anything else (allergies, medications or special needs) that the staff should know about your child.

****Parent or Guardian is responsible for notifying ASPIRE staff of any changes****

How did you hear about the After-School Program? _____

**YES Prep ASPIRE
Registration Form – 2023-2024**

HOUSEHOLD INFORMATION PAGE

--- Fill out only ONE per family ---

Check boxes ✓ if authorized to pick-up student

Parent/Guardian 1 Last Name	First Name	Home Phone	Work Phone	Relationship	<input type="checkbox"/>

Parent/Guardian 2 Last Name	First Name	Home Phone	Work Phone	Relationship	<input type="checkbox"/>

In the event of an emergency, parent/guardians will be contacted first. List 2 other adults to be contacted if parents cannot be reached.

1 st Emergency Contact (Last, First)	Phone/Pager	2 nd Emergency Contact (Last, First)	Phone/Pager	<input type="checkbox"/>
1.		2.		

ADULTS AUTHORIZED TO PICK-UP STUDENTS: Use the check box ✓ to indicate which adults listed above are authorized to pick up the student(s) listed on the reverse side and/or below. To list additional adults authorized to pick up these students, use the boxes below. *If no adults are listed below, and no boxes checked, ONLY THE PARENT / GUARDIAN WILL be able to pick up the student(s).*

Last Name	First Name	Address	Home Phone	Work Phone	Relationship

Parent / Guardian Permission For ASPIRE Activities

PLEASE READ CAREFULLY

Must be signed by Parent/Guardian for student participants 18 and under

I hereby give permission for the participant(s) listed below and on the reverse side to take part in ASPIRE activities, which may include off-site events, academic assistance, continuing education, and recreational programs. If a medical emergency arises, program staff will take all steps necessary to ensure the safety of the participant and will call, if necessary, a public emergency vehicle for transport to an emergency facility. I understand that I will be responsible for any transportation charges and medical expenses incurred.

I further give my consent to the school district and the ASPIRE program to share the participant's student records with each other for the purposes of providing educational support and assistance. In addition, I understand that the school district and/or ASPIRE will use participant records to evaluate individual progress and improvement, as well as to evaluate the impact of the program on student achievement and to obtain continued funding for the program.

(Optional – Please check box for consent) I also give my consent to the ASPIRE program to take the participant's photograph during program activities, to be used for education and public relations purposes.

I hereby certify that I have read and do understand the above information:

Print Name _____

Signed _____ Date _____

List ALL children from your household attending the ASPIRE Program:

Student Last Name	First Name	Age

YES Prep ASPIRE
Forma de Registración – 2023-2024

Página sobre información del Hogar
--- Llenar UNA por familia ---

Indique en las cajas si están autorizados a levantar al estudiante

Apellido del Padre 1/Guardian	Primer Nombre	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo	Relación	<input type="checkbox"/>

Apellido del Padre 2/Guardia	Primer Nombre	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo	Relación	<input type="checkbox"/>

En caso de una emergencia los padres/guardianes serán contactados primero. Enliste a 2 otros adultos para que sean notificados en caso de que los padres no puedan ser notificados

1er Contacto de Emergencia (Apellido, Nombre) # de Teléfono	2do Contacto de Emergencia	# de Teléfono	<input type="checkbox"/>
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Permiso para Actividades ASPIRE para Padres/Guardianes

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

Debe ser firmado por el padre/Guardián para participantes menores de 18 años de edad.

Yo otorgo consentimiento al participante (s) enlistado abajo y en la parte reversa a tomar parte en las actividades de ASPIRE las cuales pueden incluir eventos fuera de sitio, asistencia académica, educación continua, y programas recreativos. En caso de una emergencia médica, la facultad de nuestro programa tomara todos los pasos necesarios para asegurar el cuidado del participante y le llamara, si es necesario, un vehículo público de emergencia para transportación a un lugar de auxilio médico. Yo entiendo que yo seré responsable por cualquier tipo de cargos por transportación y gastos médicos que incurran por incidentes de emergencia.

Adicionalmente, también otorgo mi consentimiento al distrito y el programa ASPIRE para que compartan archivos del estudiante participante mutuamente con el fin de proveer apoyo y asistencia educativa. En adición, yo entiendo que el distrito y el programa ASPIRE utilizarán los archivos de los participantes para evaluar el progreso individual y el mejoramiento así como herramienta en la evaluación y el impacto de este programa en el éxito académico del estudiante y seguir obteniendo fondos monetarios para el programa.

(Opcional – Por favor marque en la caja para consentimiento) Yo también otorgo consentimiento al programa ASPIRE para tomar fotografía del participante durante las actividades del programa para ser utilizadas con el propósito educativo y propósitos de relaciones públicas.

Yo certifico que he leído y entiendo la información mencionada arriba.

Escriba Su Nombre _____

Firma _____

Fecha _____

Agregue TODOS los estudiantes que participaran en el programa ASPIRE

Apellido	Primer Nombre	Edad	Grado