



REGISTRATION/EMERGENCY CONTACT FORM

Student Name: _____ School _____

Grade/Teacher: _____ Student ID # _____ Date of Birth: _____ Gender: M F

Ethnicity:

Decline to State <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>	Hispanic or Latino <input type="checkbox"/>	Black or African American <input type="checkbox"/>	Asian <input type="checkbox"/>
Multiracial <input type="checkbox"/>	Middle Eastern <input type="checkbox"/>	Native Hawaiian or Pacific <input type="checkbox"/>	American Indian or Native Alaskan <input type="checkbox"/>	White <input type="checkbox"/>

Allergies/ Medical Conditions: _____

Does the student need prescription medication during program? _____

Parent Information

Parent / Guardian Name: _____

Parent / Guardian Name: _____

Address: _____

Address: _____

Student Lives at this Address yes / no

Student Lives at this Address yes / no

Home Phone: _____

Home Phone: _____

Work Phone: _____

Work Phone: _____

Cell Phone: _____

Cell Phone: _____

Emergency Contact Information

The following people listed below are authorized to pick up my child:

1. _____ Home Phone: _____ Cell Phone: _____
2. _____ Home Phone: _____ Cell Phone: _____
3. _____ Home Phone: _____ Cell Phone: _____
4. _____ Home Phone: _____ Cell Phone: _____

Is there anything else that LEARNs needs to know about your student?

Parent/Guardian Signature _____

Date _____





MATRICULA/INFORMACION DE EMERGENCIA

Nombre del Alumno(a): _____ Escuela: _____

Grado/Maestro(a): _____ ID del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Género: M F

Etnicidad:

Prefiero No Declarar <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Hispano ó Latino <input type="checkbox"/>	Negro ó Afro-Americano <input type="checkbox"/>	Asiático <input type="checkbox"/>
Multiracial <input type="checkbox"/>	Del medio Oriente <input type="checkbox"/>	Hawaiiano Indígena ó del Pacífico <input type="checkbox"/>	Americano Indígena <input type="checkbox"/>	Blanco <input type="checkbox"/>

Condiciones médicas / alérgicas: _____

¿Toma algún tipo de medicamento en las horas del programa? _____

Información del Padre / Guardián

Nombre de Padre/Guardián: _____
 Domicilio: _____

Nombre de Padre /Guardián:: _____
 Domicilio: _____

El alumno reside en este domicilio sí / no

El alumno reside en este domicilio sí / no

Teléfono de casa: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono celular: _____

Información de Contacto en Caso de Emergencia

Las siguientes personas son autorizadas a recoger mi hijo/a:

- | | | |
|----------|--------------------|--------------------|
| 1. _____ | Tel de casa: _____ | Tel celular: _____ |
| 2. _____ | Tel de casa: _____ | Tel celular: _____ |
| 3. _____ | Tel de casa: _____ | Tel celular: _____ |
| 4. _____ | Tel de casa: _____ | Tel celular: _____ |

¿Hay alguna información sobre su hijo/a que le gustaría comunicar al personal de LEARNs?

Firma de Padre / Guardián _____ Fecha _____

