

(Page 1 of 4)

**After The Bell Registration Card / Formulario de Inscripción**

All information must be completed for After the Bell enrollment / Se deberá completar toda la información para inscribir a un/a menor.

I understand all payments to ATB are made online only, along with a \$2.50 convenience fee. Please initial \_\_\_\_\_ / Entiendo que todos los pagos a ATB se hacen en línea solamente, junto con una tarifa de conveniencia de \$ 2.50. Por favor inicial \_\_\_\_\_

Parents not wanting to use REVTRAK may bring payments to the Administration Building. Los padres que no quieran usar REVTRAK pueden traer pagos al Edificio de Administración.

Student Name / Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

**MY CHILD IS NORMALLY IN CARE ON THE FOLLOWING DAYS / MI HIJO ES NORMALMENTE EN EL CUIDADO DE LOS DÍAS SIGUIENTES:**

Mondays/Lunes  Tuesdays/Martes  Wednesdays/Miércoles  Thursdays/Jueves  Fridays/Viernes

**SCHOOL AGE CHILDREN/NIÑOS EN EDAD ESCOLAR:**

My child's records are located at the following school / Mi hijo asiste a la siguiente escuela:

\_\_\_\_\_  
Name of Home School (Aug.-June) and Address/ Nombre y dirección de la escuela

\_\_\_\_\_  
School Ph.#/ Tel. de la escuela

**CHECK ALL THAT APPLY / MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE SEAN PERTINENTES:**

His / her immunization record is on file at the school and all required immunizations and/or tuberculosis test are current. Vision and Hearing screening records are also on file. / Su carnet/cartilla de vacunación está en los archivos de la escuela y cuenta con todas las vacunas y pruebas de la tuberculosis necesarias. También los records de los exámenes de la vista y del oído están en los archivos.

My child has permission to / Mi hijo tiene permiso de:

walk home from ATB with an authorized pick-up / después de ATB, caminar a casa con la persona autorizada para recogerlo.

be released to the care of his/her sibling(s) under 18 years old, listed under pick ups / irse bajo el cuidado de su(s) hermano(s) menores de 18 años autorizados para recogerlo.

Initial/Iniciales: ❖ \_\_\_\_\_ I am responsible for maintaining a current school immunization record for my child. / Soy responsable de mantener al día el carnet/cartilla de vacunación de mi estudiante.

**Emergency Information / Información de Emergencia**

**A MINIMUM OF TWO CONTACTS ARE REQUIRED FOR REGISTRATION / PARA MATRICULAR A UN ESTUDIANTE SE REQUIERE CONTAR CON UN MÍNIMO DE DOS CONTACTOS DE EMERGENCIA**

\*Preferred Physician / Médico de cabecera: \_\_\_\_\_ Phone / Teléfono : \_\_\_\_\_

Address / Dirección: \_\_\_\_\_

\*In the event of an emergency, if you cannot be reached, do you hereby authorize the school and/or employees to give consent for medical treatment for the above named child? (Section 35.01 Texas Family Code) Yes \_\_\_ No \_\_\_ / En caso de emergencia, si no podemos localizarlo, ¿autoriza usted a la escuela y/o a sus empleados para que el menor arriba mencionado, reciba atención médica? (Sección 35.01 del Código Familiar de Texas) Sí \_\_\_ No \_\_\_

Permission for Emergency Transport? Yes \_\_\_ No \_\_\_ / Permiso para el transporte de emergencia? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Closest hospital is acceptable. Yes \_\_\_ No \_\_\_ El hospital más cercano es aceptable. Sí \_\_\_ No \_\_\_

\*Indicate known allergies/ Indicar si padece de alguna alergia: \_\_\_\_\_

\*Known Health Problems? Yes \_\_\_ No \_\_\_ / ¿Tiene actualmente algún problema de salud? Sí \_\_\_ No \_\_\_

All Health concerns are on file and updated with the school nurse's office. / Todos los records de salud se encuentran en la oficina de la enfermera de la escuela y están actualizados. Please initial Por favor, escriba sus iniciales \_\_\_\_\_

\*If your child has a severe allergy or health issue, you must provide a copy of their emergency action plan to ATB. / Si su hijo tiene un problema grave de alergia o salud, debe proporcionar una copia de su plan de acción de emergencia a ATB.

I understand if my child has a food allergy, it will be visually posted in food preparations areas. / Entiendo que si mi hijo tiene una alergia alimentaria, será visualmente publicado en áreas de preparación de alimentos.

I understand my child may not attend ATB with an oral temperature above 101 degrees or (ear) temperature above 100 degrees that is accompanied by behavior changes or other signs or symptoms of illness, and must be symptom free for 24 hours before returning. Students must follow all CFBISD health guidelines. / Entiendo que mi hijo no puede recibir ATB con una temperatura oral por encima de los 101 grados o una temperatura superior a los 100 grados, acompañada de cambios de conducta u otros signos o síntomas de enfermedad, y debe estar sin síntomas durante 24 horas antes de regresar. Los estudiantes deben seguir todas las pautas de salud de CFBISD.

\_\_\_\_\_  
Parent signature / Firma de padre

7/15/2024

**Emergency/Approved ATB Pick-up Information / Emergencia ATB recoger información**

The following persons can pick-up my child from the After the Bell Academy/ Las siguientes personas pueden recoger a mi hijo/a. Please list in order to be called for emergency pick up. / Por favor, lista para ser llamado para la recogida de emergencia.

Name/Nombre	Relationship/Relación	Drivers lic./número de licencia	Address	Phone # - # de tel.	E-mail
1.					
2.					
3.					

**I understand that my child will not be released to anyone not listed above without proper I.D. / Entiendo que mi hijo (a) no será dado de alta a nadie que no esté en la lista sin la debida instrucción.**

**Program Policies / Reglas del Programa “After The Bell”**

**Please initial as acceptance. Escriba sus iniciales como aceptación:**

❖ \_\_\_\_\_ I am aware my child will be expected to follow the policies, procedures, and consequences, as set for in the CFBISD Code of Conduct. Parents should have received a copy of the CFBISD Code of Conduct. A copy of the CFBISD Code of Conduct is available to you upon request. *Estoy consciente que se espera que mi estudiante observe y cumpla con las reglas, procedimientos y consecuencias establecidas en el Código de Conducta de CFBISD. Todo padre o representante debió haber recibido con anterioridad una copia de referido este código. Sin embargo, puede obtener una copia si la solicita.*

❖ \_\_\_\_\_ I can receive a copy of the After the Bell Parent Handbook and Minimum Standards. *He pueden recibido una copia del Manual del Programa After The Bell y Minimum Standards. Online <https://www.cfbisd.edu/departments/after-the-bell> Minimum Standards | Texas Health and Human Services*

❖ \_\_\_\_\_ All payments must be pre-paid. Parents are expected to pay by Wednesday of the week prior to attending. **Parents must pay for full week regardless of attendance.** *Todos los pagos deben ser prepagos antes del lunes. Se espera que los padres paguen el miércoles de la semana anterior a la asistencia. Los padres deben pagar la semana completa independientemente de la asistencia.*

❖ \_\_\_\_\_ All children are to be picked up **NO LATER THAT 6:00 PM**. There will be a \$2.00 per minute per family late fee assessed for each minute after 6:00 PM. Persistent tardiness (more than 3) will lead to my child’s dismissal from the program. Students must be signed IN and OUT by a parent or designee (18). *El estudiante debe ser recogido **A MAS TARDAR A LAS 6PM**. Cobraremos un recargo de \$2 por minuto, por familia, después de las **6 PM**. Los retrasos persistentes (más de 3 veces) ocasionarán la exclusión del estudiante del programa. El Representante o Designado (mayor de 18 años) tiene que firmar por cada llegada y salida.*

❖ \_\_\_\_\_ I hereby grant permission for my child’s physician to report his/her findings to authorized personnel of the Carrollton-Farmers Branch ISD. *Doy mi consentimiento para que el médico de mi estudiante reporte su diagnóstico al personal autorizado de CFBISD.*

❖ \_\_\_\_\_ I agree to notify ATB of any changes to the registration information and/or emergency information. *Convengo en notificar al centro de cuidado de mi estudiante de cualquier cambio en la información proporcionada al momento de la inscripción y/o de emergencia.*

❖ \_\_\_\_\_ I understand my child will be playing on CFBISD managed playgrounds which follow public school regulations; these may or may not be in accordance with DFPS daycare guidelines. *Entiendo que mi hijo (a) jugará en los patios de recreo manejados por el CFBISD que siguen las regulaciones de las escuelas públicas; Estos pueden o no estar de acuerdo con las pautas de guardería DFPS.*

❖ \_\_\_\_\_ I understand that my child cannot use his/her cell phone during program hours. *Convengo en que mi estudiante no puede utilizar su celular durante horas del programa.*

❖ \_\_\_\_\_ I understand that inappropriate behavior towards After the Bell Staff, children or other parents could cause dismissal of my child from After the Bell. *Acepto que cualquier comportamiento inapropiado de mi estudiante hacia algún miembro del programa After The Bell, u otro estudiante, u otro padre, es causa inapelable de exclusión del programa After The Bell.*

❖ \_\_\_\_\_ I understand crisis plans are individualized for school sites and may not be listed in the ATB parent handbook. Please contact school site director for specific details./ *Entiendo planes de crisis están individualizados por escuelas y no pueden figurar en el manual de padres ATB. Póngase en contacto con el director de la escuela para obtener detalles específicos.*

# After The Bell Registration Card / *Formulario de Inscripción*

Registration is incomplete until also registered online./ *El registro es incompleto hasta que se registra en línea.*

Student's Last Name, First Name / Nombre y apellido de estudiante \_\_\_\_\_

Student ID # \_\_\_\_\_

Grade / Grado \_\_\_\_\_

Age/Edad \_\_\_\_\_ / Birthdate Fecha de nac \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Sex(o) \_\_\_\_\_ Student resides with/estudiante reside con: \_\_\_\_\_

Name of any other siblings in CFBISD schools? Nombre de cualquier otro hermano en las escuelas de CFBISD? \_\_\_\_\_

Ethnic Origin / Origen étnico: Hispanic/Hispano African American/Afroamericano Asian/Asiático White/Blanco Native American/Indígena americano

MOTHER'S INFORMATION / INFORMACIÓN - MADRE		FATHER'S INFORMATION / INFORMACIÓN - PADRE	
Name/ Nombre:		Name/Nombre:	
Residence/Domicilio:		Residence/Domicilio:	
Employer/Lugar de empleo:		Employer/Lugar de empleo:	
Home Phone/Teléfono de domicilio:		Home Phone/Teléfono de dom.:	
Work Phone/Tel. trabajo:	Cell/Pager#/Celular o pager:	Work Phone/Tel. trabajo:	Cell/Pager#/Celular o pager:
Driver's License/ Licencia de Conducir:		Driver's License/ Licencia de Conducir:	
Email:		Email:	
Work Schedule/Horario de trabajo:		Work Schedule/Horario de trabajo:	

If parents are divorced, who has legal custody of this child? / Si los padres están divorciados, ¿Quién tiene custodia legal del/a menor?

**\*Any court papers must be on file with ATB if needed. We are a separate entity from the school day. / \* Todo documento judicial debe estar en los archivos de ATB si es necesario. Somos una entidad separada de la jornada escolar.**

### GENERAL INFORMATION AND GUIDELINES

In compliance with Board Policies FB (LEGAL) and FB (LOCAL), no qualified student shall, on the basis of disability, race, religion, color, sex, or national origin, be excluded from participation in, be denied the benefits of, or otherwise be subject to discrimination under After the Bell.

Due to staffing and budgetary restrictions, and because After the Bell is not part of the District curriculum or instructional day, certain restrictions apply to student participation. All students must be capable of handling a 1:15 (adult: child) ratio in all activities with the maximum of about 1:20. Additionally, for the identified reasons, students must maintain appropriate behaviors in order to continue in After the Bell. If students have persistent behavior problems that interfere with the general welfare of others, they may be temporarily or permanently removed from the program. Persistent inappropriate behaviors may include, but are not limited to, temper tantrums, rudeness, disrespect, noncompliance, and physical aggression with students or adults. Parents will be notified at pick-up times if behavioral problems have occurred. Students may be terminated from After the Bell for nonpayment of fees or continual late payment of fees. Behavioral issues and/or concerns may also be a reason for dismissal from After the Bell.

Parent signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### INFORMACION Y REGLAMENTOS GENERALES

*En conformidad con las normas y procedimientos legales y locales, no se excluirá a estudiante alguno por razón de discapacidad, raza, religión, color de piel, sexo u origen nacional, para participar en el programa After The Bell, no se le negará prestación alguna, ni se le discriminará de manera alguna.*

*Habrán ciertas restricciones en la participación estudiantil por razones de recorte de presupuesto y personal. After The Bell no es parte del programa regular del Distrito Escolar. Todo estudiante deberá estar capacitado, para ser agrupado en proporción máxima de 1 (un) adulto por cada veinte (20) estudiantes, en todas las actividades a desarrollar. Además, y por las mismas razones antes expuestas, el estudiante deberá mantener siempre un comportamiento apropiado para continuar en After The Bell. Si el estudiante persiste en tener una mala conducta que atenta contra la integridad de otros estudiantes, podrá ser removido temporal o permanentemente del programa. Una conducta inapropiada puede ser, pero no se limita a, berrinches, falta de respeto, groserías, no seguir las reglas, agresividad física a otros estudiantes y/o adultos. Cuando el padre del estudiante lo recoja se le notificará de cualquier problema ocurrido.*

*La falta o el retraso constante del pago, es causa inapelable de retiro definitivo del estudiante del programa After The Bell. Los problemas por mala conducta también puede ser causa de exclusión del programa After The Bell.*

Firma del Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

7/15/2024

Student Name/ *Nombre del estudiante*: \_\_\_\_\_

\*Does your child have any other special needs other than health related needs? If so, please give a description below. Health conditions requiring a health action plan must be signed by a licensed physician.

*Aparte de las necesidades de salud mencionadas, ¿el menor tiene alguna otra necesidad especial? Si es así, favor de detallar en el cuadro a continuación. Las condiciones de salud que requieren un plan de acción de salud deben estar firmadas por un médico con licencia.*

\_\_\_\_\_  
Parent signature

\_\_\_\_\_  
Date

### Summer ATB Only Fill In Below / Verano Sólo rellenar lo que sigue

**WATER ACTIVITIES/ ACTIVIDADES EN EL AGUA:** I hereby  give  do not give – my consent for my child to participate in on site Water Activities

Por medio de ésta  doy  no doy – permiso para que mi hijo participe en actividades en el agua:

**My child's level of swimming experience is / Nivel de natación de mi hijo**

**experiencia es:**  None/ Ninguna  Beginner/ Principiante  
 Intermediate/ Intermedio  Advanced/ Avanzado

swimming pools / piscinas  sprinkler play / juego de rociadores

**I UNDERSTAND THAT THE FOLLOWING MEALS WILL BE SERVED TO MY CHILD WHILE IN CARE/ ENTIENDO QUE LAS COMIDAS SIGUIENTES SERÁN ATENDIDAS A MI NIÑO MIENTRAS QUE EN LA ATENCIÓN:**

None  AM Snack  PM Snack

I understand that ATB summer program lunches will be provided by the parent or guardian and ATB is not responsible for its nutritional value or for meeting the enrolled child's daily food needs. / Entiendo que los almuerzos programa ATB verano serán proporcionados por el padre o tutor y ATB no es responsable de su valor nutricional o para satisfacer las necesidades alimentarias diarias del niño inscrito.

**Please Initial/ Por favor Inicial** \_\_\_\_\_

Any child with severe food allergies will need to have snacks provided by the parent or guardian. Please make sure your director is aware of these special needs. /Cualquier niño con alergias alimentarias graves tendrá que tener bocadillos provistos por el padre o tutor. Por favor, asegúrese de que su director es consciente de estas necesidades especiales.

**Please Initial /Por favor Inicial** \_\_\_\_\_ **None** \_\_\_\_\_

\*\*I understand any medication in the summer must accompany a valid prescription and permission forms. Meds are given only if it is an emergency. Initials \_\_\_\_\_

**\*\*Entiendo que cualquier medicamento en el verano debe acompañar una receta válida y formularios de permiso, cuando es muy importante. Iniciales** \_\_\_\_\_

Permission to administer sunscreen? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ / ¿Permiso para administrar protector solar? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Permission to administer bug spray? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ / ¿Permiso para administrar spray de insectos? Si \_\_\_\_\_

No

**I understand students must not be released to enter the building on their own, but be signed in and out by an adult, or authorized pick-up. / Entiendo que los estudiantes no deben ser dados de alta para entrar en el edificio por su cuenta, sino que deben ser firmados por un adulto, o una recogida autorizada.**

**Please Initial /Por favor Inicial** \_\_\_\_\_