

ARCADIA ELEMENTARY - SUMMER SPARK REGISTRATION FORM

REGISTRATION SELECTION

Student Name: _____

Birthdate: _____

Grade (Grade in 25-26): 4K • K • 1 • 2 • 3 • 4

Gender: Male Female

Home District:

☐ School District of Arcadia ☐ Other _____

SUMMER SPARK CLASSES

☐ Summer SPARK | June 8-25

☐ Jump Start (4K only) | June 8-25

Registration deadline: April 17th, 2026

RELEASE AGREEMENTS

FIELD TRIPS: Occasionally your child's summer school class may take a walking field trip in Arcadia. **Check only one.**

☐ Yes - I give permission for my child to attend summer school-related field trips.

☐ No - I do not consent for my child to participate in School and/or District approved field trips.

TECHNOLOGY AGREEMENT: Your signature, on this form, states that you have read the **School District of Arcadia's "Technology Use Agreement for Students"** found on our website (arcadia.k12.wi.us), and you agree to have your child abide by the policy. Call to request a paper copy.

TRANSPORTATION

Bussing is available except in the designated walking areas. Students **MUST** have a bus tag to ride the summer school bus. ****Transportation may be available for Jump Start.**** How will your child be transported for summer school?

TO: (check only one)

☐ Walk/Bike

☐ Parent/Guardian

☐ Little Raiders Daycare

☐ Bus pick-up address: _____

FROM: (check only one)

☐ Walk/Bike

☐ Parent/Guardian

☐ Little Raiders Daycare

☐ Bus drop-off address: _____

HEALTH INFORMATION

Does your child have any medical conditions or medications that staff should be aware of (i.e. asthma, allergies, diabetes, seizures)? If yes, a school nurse will reach out to you for more information.

Medical Conditions: ☐ YES ☐ NO If yes, please contact the Nurse • **Medication given at school:** ☐ YES ☐ NO

Other Medical Concerns: _____

PARENT/GUARDIAN CONTACT INFORMATION

Parent Name(s): _____

Address: _____

Email: _____ Phone: _____

Alternate Adult Name: _____ Alternate Adult Phone: _____

I grant permission for my child to participate in summer spark and/or take swimming lessons during the 2026 summer session. I also state that my child is physically qualified to take swim instructions.

Parent/Guardian Signature: _____

SIGN HERE

ESCUELA PRIMARIA DE ARCADIA

K-5 SUMMER SPARK FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

SELECCIÓN DE INSCRIPCIÓN

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Grado (Grado en 25-26): 4K • K • 1 • 2 • 3 • 4

Género: Masculino Femenino

Distrito de Residencia:

☐ Distrito Escolar de Arcadia ☐ Otro _____

CLASES DE VERANO SPARK

☐ SPARK de verano | 8-25 de junio

☐ Jump Start (sólo 4K) | 8-25 de junio

Fecha límite de inscripción: 17 de abril de 2026

ACUERDOS DE LIBERACIÓN

Excursiones: Ocasionalmente la clase de verano de su hijo(a) puede realizar un paseo a pie en Arcadia. **Marque sólo UNA**

☐ Si - Doy permiso para que mi hijo/a asista a las excursiones relacionadas con la escuela de verano.

☐ No - No doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en las excursiones aprobadas por la Escuela y/o el Distrito.

ACUERDO DE TECNOLOGÍA: Su firma, en este formulario, indica que usted ha leído el "**Acuerdo de Uso de Tecnología para Estudiantes**" del Distrito Escolar de Arcadia que se encuentra en nuestro sitio web (arcadia.k12.wi.us), y usted está de acuerdo en que su hijo/a cumpla con la política. Llame para solicitar una copia en papel.

TRANSPORTACIÓN

Transporte disponible, excepto en las áreas designadas para caminar. Los estudiantes **DEBEN** tener una etiqueta de autobús para viajar en el autobús escolar de verano. ****Puede haber transporte disponible para Jump Start. ¿Cómo será transportado su hijo/a para la escuela de verano?**

De: (marque sólo UNA)

☐ Caminar/Bicicleta

☐ Padres

☐ Guardería (little raiders)

☐ Autobús* dirección para recoger: _____

Desde: (marque sólo UNA)

☐ Caminar/Bicicleta

☐ Padres/Guardian

☐ Guardería (little raiders)

☐ Autobús * dirección para recoger: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

¿Tiene su hijo/a alguna condición médica o toma algún medicamento que el personal deba conocer (por ejemplo, asma, alergias, diabetes, convulsiones)? En caso afirmativo, una enfermera de la escuela se pondrá en contacto con usted para obtener más información.

Condiciones Médicas: ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, póngase en contacto con la enfermera

Medicamentos administrados en la escuela ☐ SI ☐ NO

Otros problemas médicos: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS PADRES/TUTORES

Nombre de los Padre(s): _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Nombre del Adulto Alternativo: _____ Teléfono del Adulto Alternativo: _____

Doy permiso para que mi hijo/a participe en la escuela de verano de Spark y/o reciba clases de natación durante la sesión de verano de 2026. También declaro que mi hijo/a está físicamente capacitado para tomar instrucciones de natación.

Firma de Padre/Guardián: _____

Firme Aquí