CHEROKEE COUNTY SCHOOL DISTRICT

Formulario de inscripción para el Programa después de la Escuela (ASP) (Spanish)

Mi hijo será inscrito en el programa después de la escuela prepagado ($ 15 por día o $ 12 por día, si paga por una semana completa). Entiendo que los pagos de emergencia serán de $ 20 por día.

POR FAVOR IMPRIMA

_____ _____
Nombre del estudiante (apellido, primero, inicial del segundo nombre) Hombre/mujer

_____ _____ _____
Fecha de nacimiento Grado Maestro Titular del Aula

Dirección completa del estudiante: _____

Si su hijo tiene consideraciones médicas especiales o medicamentos, por favor enumerelas (alergias, dieta, medicamentos, etc._____

Nombre del padre/tutor legal _____ Relación _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____

Nombre del padre/tutor legal _____ Relación _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____

Soy un empleado actual de la escuela del distrito del condado de Cherokee Sí ☐ No☐
Número de identificación _____

EN CASO DE EMERGENCIA Y QUE NO SE PUEDA CONTACTAR CON LOS TUTORES LEGALES DE LOS PADRES ENUMERADOS ANTERIORMENTE, SE NOTIFICARÁ EL CONTACTO PROPORCIONADO POR EL PADRE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE.

SE DEBE PROPORCIONAR UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTO EN EL MOMENTO DE RECOGER A SU ESTUDIANTE.

_____ Al inicializar, reconozco que he leído y entiendo las políticas y procedimientos relacionados con la participación de mi hijo en ASP y asumiré la responsabilidad por accidentes y lesiones incurridas durante este programa.

_____ _____
Fecha Firma del padre/tutor legal