

ST ANTHONY SCHOOL

BEFORE AND AFTER CARE PROGRAM 2018-2019

PAYMENT OPTIONS/OPCIONES DE PAGO

PLEASE INDICATE ALL PROGRAMS YOUR CHILD WILL ATTEND: *POR FAVOR DE MARCAR TODOS LOS PROGRAMAS QUE SU HIJO(A) ASISTIRÁ:*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 CHILD BEFORE SCHOOL CARE \$50/SEMESTER OR \$100/ YEAR – AÑO
<input type="checkbox"/> 1 CHILD AFTER SCHOOL CARE \$75/ SEMESTER OR \$150 / YEAR
<input type="checkbox"/> 1CHILD BEFORE AND AFTER SCHOOL CARE \$125/ SEMESTER OR \$250/YEAR
<input type="checkbox"/> 2 OR MORE CHILDREN ONLY BEFORE SCHOOL \$90/ SEMESTRES OR \$180 YEAR
<input type="checkbox"/> 2 OR MORE CHILDREN ONLY AFTER SCHOOL CARE \$140/SEMESTER OR \$280 YEAR
<input type="checkbox"/> 2 OR MORE CHILDREN BEFORE AND AFTER SCHOOL CARE \$225/SEMESTER OR \$450 YEAR | 1 NIÑO CUIDADO ANTES DE ESCUELA \$50/ SEMESTRE O \$100 POR
1 NIÑO CUIDADO DESPUÉS DE ESCUELA \$75 / SEMESTRE O 150 POR AÑO
1 NIÑO ANTES Y DESPUÉS DE ESCUELA \$125/SEMESTRE O \$250 POR AÑO
2 NIÑOS O MAS ANTES DE ESCUELA \$90/ SEMESTRE O \$180 POR AÑO
2 NIÑOS O MÁS DESPUÉS DE ESCUELA \$140/SEMESTER O \$280 POR AÑO
2 NIÑOS O MÁS ANTES Y DESPUÉS \$225/SEMESTRE O \$450 AL AÑO |
|---|--|

***Scholarships/fee waivers available for after school care only. Please contact building administrator. *HAY BECAS DISPONIBLE. FAVOR DE CONTACTAR EL ADMINISTRADOR DE LA ESCUELA.**

STUDENT INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Please complete all sections of the application. One application needs to be completed for each student.

Por favor de completar todas las secciones de la aplicación. Se requiere una aplicación para cada estudiante.

LAST NAME/ APELLIDO	MIDDLE NAME/ SEGUNDO NOMBRE	FIRST NAME/ NOMBRE	DATE OF BIRTH/ FECHA DE NACIMIENTO
ADDRESS/ DIRECCIÓN	CITY/ CIUDAD	ZIP CODE/ CÓDIGO POSTAL	PHONE NUMBER/ NUMERO DE TELÉFONO

GENDER/: <input type="checkbox"/> Female/Femenino <input type="checkbox"/> Male/ Masculino	GRADE/ GRADO	TEACHER/ MAESTRO(A)	PRIMARY LANGUAGE: <input type="checkbox"/> English/Ingles <input type="checkbox"/> Spanish/Español
GENERO			IDIOMA PRIMARIO

ETHNICITY/: <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/ African American <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Other: _____
ETNICIDAD Indio Americano Asiático Blanco Afro Americano Hispano

LUNCH STATUS: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> Full	TRANSPORTATION: <input type="checkbox"/> Walk Home <input type="checkbox"/> Pick Up <input type="checkbox"/> Sibling Pick-Up <input type="checkbox"/> Other: _____
TIPO DE ALMUERZO Gratis Reducido Completo	TRANSPORTACIÓN Camina a Casa Recoger Recogido por un Hermano/a

LIVES WITH: <input type="checkbox"/> Both Parents <input type="checkbox"/> Single Mother <input type="checkbox"/> Single Father <input type="checkbox"/> Guardian(s) <input type="checkbox"/> Joint Custody <input type="checkbox"/> Grandparent(s) <input type="checkbox"/> Other _____
Dos Padres Madre Soltera Padre Soltero Guardián(s) Custodia Compartida Abuelito(s)

SPECIAL NEEDS/ NECESIDADES ESPECIALES (i.e. allergies/alergias, medications/ medicamentos, accessibility/accesibilidad, diet/dieta, etc.):

NAME/ GUARDIAN(s) PADRE(S)/ GUARDIÁN(S)	RELATIONSHIP RELACIÓN	PRIMARY PHONE NUMBER/ NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL	ALTERNATIVE PHONE NUMBER/ NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNATIVO	E-MAIL/ CORREO ELECTRÓNICO	PREFERRED LANGUAGE/ IDIOMA PREFERIDO
					<input type="checkbox"/> English/ Ingles <input type="checkbox"/> Spanish/ Español <input type="checkbox"/> Other:
					<input type="checkbox"/> English/ Ingles <input type="checkbox"/> Spanish/ Español <input type="checkbox"/> Other:

EMERGENCY CONTACT INFORMATION/ CONTACTOS DE EMERGENCIA

List additional emergency contacts for your child. In the case of an emergency or if your child has not been picked up, the individuals listed will be contacted if we cannot get in touch with a parent or guardian. At least two additional contacts that are not the student's parents/ guardians are needed; if none are included, the application will not be processed.

Por favor de apuntar personas de emergencia para su hijo/a. En el caso que se presenta una emergencia o su hijo/a no ha sido recogido(a) las personas en la lista serán contactados si no podemos comunicarnos con los padres. Se requiere dos contactos adicionales que no son los padres/ guardianes del estudiante, si no se incluyen la aplicación no será procesada.

*ADDRESS/ DIRECCIÓN RELATIONSHIP/RELACIÓN PRIMARY PHONE NUMBER/ NÚMERO DE
TELÉFONO PRINCIPAL ALTERNATIVE PHONE NUMBER/ NÚMERO
DE TELÉFONO ALTERNATIVO*

NAME/ NOMBRE

- Check box with "X" if legal restrictions are in effect. List persons not allowed to see the student and/or persons not allowed to pick up students per legal restrictions.
- Por favor de marcar la caja si hay restricciones legales. Por favor apuntar personas que no tienen permiso de ver a su hijo(a) durante las horas del programa o que no tienen permiso de recoger a su hijo(a) por razones legales.*

NAME/NOMBRE

NAME/NOMBRE

--	--

RELEASE OF INFORMATION/ AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN

I hereby give permission for the participant(s) listed on the reverse side to take part in the Saint Anthony School and/or Learning Program activities, which may include off-site events, enrichment, 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 agree that if a health condition exists now or in the future, which would impact the participation of those listed on reverse, I will notify the Summer School and/or Learning Program staff.

I give my consent to the Saint Anthony School and/or Learning Programs to take the participant's photograph during program activities, to be used for education and public relations purposes.

Yo doy mi permiso para que mi hijo(a) tome parte del programa recreacional de San Antonio /Programa de Aprendizaje. Las actividades del programa incluyen eventos fuera del edificio, programas de enriquecimiento académico y programas recreacionales. En el caso que se presente una emergencia, el personal del programa tomará los pasos necesarios para asegurar la seguridad del participante, y si es necesario llamará a un vehículo de emergencia para transportación o instalaciones de emergencia. Yo entiendo que yo seré responsable de los cargos para la transportación y pagos médicos. Yo estoy de acuerdo que se mi hijo(a) tienen una condición médica yo notificare a el personal del programa.

Se concede permiso para revelar los nombres, fotos, e información sobre mi hijo para los medios de comunicación, datos, y presentación de informes (folletos de la agencia, artículos periodísticos, etc.)

Parent Signature/ Firma del Padre: _____

Date/ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY/ USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

PAYMENT: ALL PAYMENT PLANS NEED TO BE PAID IN FULL PRIOR TO THE STUDENT(S) USING THE SERVICE

PAYMENT TYPE: CASH CHECK # CREDIT CARD TOTAL AMOUNT PAID: _____ RECEIPT#: _____ STAFF INITIALS: _____ DATE: _____