

Extended Learning Program 2013-2014 Emergency Contact Form

Student Name: _____ Date of Birth: _____

Address: _____

School Attending in the Fall: _____ Grade in September: _____

Parent/Guardian Name: _____

Main Phone # _____ Alternate Phone # _____

1. Please provide two additional contact names and phones numbers to be used in case of emergency.

Emergency Contact Name _____

Phone # _____ Relationship to child _____

Emergency Contact Name _____

Phone # _____ Relationship to child _____

2. Does your child have any serious illnesses that the school needs to be aware of? Yes No

If yes, please explain: _____

3. Does your child have asthma? Yes No If yes, does he or she use an inhaler? Yes No

4. Is your child allergic to anything? Yes No If yes, please list and indicate: _____

I wish to have my child participate in the Extended Learning Program during the 2013-2014 school year. I will adhere to the guidelines established in the parent handbook and will encourage my child to participate each day.

Parent/Guardian Signature: _____

Relationship to Child: _____ Date: _____

Permission to be Photographed

I authorize the 21st CCLC Extended Learning Program staff (and the Norristown Area School District) to photograph my child for educational or promotional purposes in any type of media. The photographs or videos may not be used for profit without my express permission. I understand that I will not be paid or rewarded for providing this authorization.

Parent/Guardian Signature: _____

Programa de aprendizaje extendido 2013-2014

Formulario de Contacto de Emergencia

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Escuela que asiste actualmente _____ Año en curso: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Número de teléfono principal: _____ Número de teléfono alternativo: _____

1. Por Favor provea Ud. nombres de dos contactos adicionales y sus números de teléfono para llamar en caso de emergencia.

Nombre de contacto de emergencia: _____

Teléfono de emergencia _____ Relación con el estudiante _____

Nombre del Contacto de emergencia: _____

Teléfono de emergencia _____ Relación con el estudiante _____

2. ¿Tiene su hijo/a alguna seria enfermedad de la cual la escuela necesita saber? Sí No

De ser así, por favor explique Ud.: _____

3. ¿Tiene su hijo/a asma? Sí No De ser así, ¿Utiliza un inhalador? Sí No

4. ¿Tiene su hijo/a alguna alergia? Sí No De ser así, por favor haga Ud. una lista de ellas e indíquelas:

Quiero que mi hijo participe en el Programa de Aprendizaje Extendido durante el año escolar 2013-2014. Voy a cumplir con los lineamientos establecidos en el manual de padres y animaré a mi hijo a participar cada día.

Firma del Padre/Tutor: _____

Relación con el estudiante: _____ **Fecha:** _____

Permiso para ser fotografiado

Yo autorizo al personal del programa de aprendizaje extendido (y el Área de Norristown Distrito Escolar) para fotografiar a mi hijo para fines educativos o de promoción en todo tipo de medios de comunicación. Las fotografías o vídeos no pueden ser utilizados con fines de lucro sin mi consentimiento expreso. Yo entiendo que no se pagará ni recompensados por proporcionar esta autorización.

Firma del Padre/Tutor: _____