

• Pleasant Grove Elementary

Formulario de registro invictus Kids Afterschool Program 2019

|  |
| --- |
| INFORMACION DEL HIJO |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del niño: | Fecha de nacimiento: | Edad: | Grado (en otoño): |
| Escuela (en otoño): | Identidad de género (opcional):🞎 Male 🞎 Female  |
| Dirección: | Ciudad/Ciudad:Código postal: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del niño: | Fecha de nacimiento: | Edad: | Grado (en otoño): |
| Escuela (en otoño): | Identidad de género:🞎 Male 🞎 Female  |
| Dirección: | Ciudad/Ciudad:Código postal: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del niño: | Fecha de nacimiento: | Edad: | Grado (en otoño): |
| Escuela (en otoño): | Identidad de género:🞎 Male 🞎 Female  |
| Dirección: | Ciudad/Ciudad:Código postal: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del niño: | Fecha de nacimiento: | Edad: | Grado (en otoño): |
| Escuela (en otoño): | Identidad de género:🞎 Male 🞎 Female  |
| Dirección: | Ciudad/Ciudad:Código postal: |

|  |
| --- |
| INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Padre/Tutor: | Número de teléfono diurno:Número de teléfono nocturno: |
| Dirección:🞎Same as above | Ciudad/Ciudad:Código postal: |
| Dirección de correo electrónico: |

|  |
| --- |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA |

Por favor, introduzca tres contactos que no sean los padres/tutores mencionados anteriormente

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del #1 de contacto de emergencia:Relación: | Número de teléfono diurno:Número de teléfono nocturno: |
| Dirección: | Ciudad/Ciudad:Código postal: |
| Nombre del #2 de contacto de emergencia:Relación: | Número de teléfono diurno:Número de teléfono nocturno: |
| Dirección: | Ciudad/Ciudad:Código postal: |
| Nombre del #3 de contacto de emergencia:Relación: | Número de teléfono diurno:Número de teléfono nocturno: |
| Dirección: | Ciudad/Ciudad:Código postal: |

|  |
| --- |
| INFORMACIÓN MÉDICA |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Su hijo tiene alergias? SI 🞎 NO🞎 | Por favor, enumere las alergias: |
| Problemas de salud o necesidades especiales:  |
| Medicamentos: |
| Nombre del médico o centro de tratamiento preferido: | Número de teléfono: |
| Dirección: | Ciudad/Ciudad:Código postal: |

|  |
| --- |
| PERSONAS ADICIONALES PARA PICK-UP |

Persona(s) adicional(es) que puede recoger al niño

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Nombre: | Número de teléfono: | Número de licencia de conducir: |
| 2. Nombre: | Número de teléfono: | Número de licencia de conducir: |
| A mi hijo se le permite irse MISMO 🞎 SÍ NO🞎 |

|  |
| --- |
| RELEASES/AGREEMENTS |

🞎 Acceso a I-Station: Al marcar esta casilla, concedo a Vox Invictus Mentoring acceso a la información de informes/cuentas de I-Station de mi hijo/ren.

🞎 Foto / Video Release: Doy permiso a Vox Invictus Mentoring para utilizar cualquier fotografía de mi hijo con el fin de promover el programa y / o la agencia sin ninguna compensación para usted (todas las partes). Esta versión cubre todas las actividades del programa en cualquier ubicación.

🞎 Acuerdo de participación: Por favor marque la casilla si usted es responsable del niño antes mencionado.

🞎 Acuerdo de Política/Procedimientos: Al marcar la casilla, acepto todas las políticas y procedimientos de Vox Invictus Mentoring.

|  |
| --- |
| CAMPAMENTOS ESPECIALIZADOS |

Por favor, compruebe las actividades en las que su hijo desea participar: (las opciones están sujetas a cambios)

🞎 Basketball🞎 Flag Football🞎 Dance🞎 Dallas Museum of Art

Otros programas en los que su hijo/s está involucrado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Demografía |

¿Su hijo califica el programa de almuerzo gratuito o reducido en su escuela? SI 🞎 NO🞎

¿Sus tomas están actualizadas y archivadas en la escuela a la que asistieron más recientemente? SI 🞎 NO🞎

Raza y/o Etnicidad del participante (Voluntaria – Usted no está obligado a marcar una de las casillas):

🞎 Caucasian 🞎 Black or African-American🞎 Hispanic🞎 Asian🞎 Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del Padre/Tutor: | Fecha: |