

**WCPSS Programas de Cuidado Antes y Después del Día Escolar**  
**Aplicación Estudiantil para el Programa de Cuidado Después del Día Escolar**

Hay un pago de \$15.00 por cada solicitante. Por favor, haga el cheque a la escuela de su hijo(a).

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre preferido del Estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número Telefónico en casa: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Pago Mensual: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Nombre del Maestro: \_\_\_\_\_

Padres: \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo del Padre: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo de la Madre: \_\_\_\_\_

Número Telefónica: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, por favor, notifique a la(s) siguiente(s) persona(s) si no puede comunicarse con los padres:

Nombre: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombres de las personas que tienen permiso a recoger su hijo(a). Estas personas están autorizada por los padres a recoger el estudiante.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medico del Estudiante \_\_\_\_\_ Número Telefónico \_\_\_\_\_

Dentista del Estudiante \_\_\_\_\_ Número Telefónico \_\_\_\_\_

Preferencia de Hospital: primera opción \_\_\_\_\_ segunda opción \_\_\_\_\_

**After School Program Student Application continued...**

¿Su hijo(a) tiene alergias o una enfermedad crónica? Si indica que sí, ¿Qué son?

---

Por favor, escriba cualquier otra información que le gustaría compartir con el personal del Programa del Cuidado Después del Día Escolar sobre su hijo(a) (intereses especiales, miedos, comportamiento, etc.)

---

En caso de emergencia, autorizo el personal del Programa del Cuidado Después del Día Escolar a obtener atención médica para mi hijo(a) si no puede comunicarse conmigo inmediatamente.

Mi firma indica que he leído y entiendo los procedimientos del Programa del Cuidado Después del Día Escolar.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padres

\_\_\_\_\_  
Fecha: