

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

Hay un pago de \$10.00 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 del Empleo del Padre: _____

Número Telefónico: _____

Lugar del Empleo de la Madre: _____

Número Telefónico: _____

En caso de emergencia, por favor, notifique 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 autorizadas por los padres a recoger el estudiante.

Médico del Estudiante _____ Número Telefónico _____

Dentista del Estudiante _____ Número Telefónico _____

Preferencia de Hospital: primera opción _____ segunda opción _____

Before 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 medica 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.

Fecha: _____
Firma de Padre/Guardián _____