



ASAP
(Programa para Después de la Escuela)
Registración para todo el día



Nombre del Niño (a): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: M F
Direccion: _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Escuela a la que atiende: Indian Trail Oak Terrace Wayne Thomas
Grado en el año escolar 10-11: _____

Padre /Persona Encargada

Padre/Persona Encargada

Nombre
Relación con el Niño (a)
Teléfono de la Casa
Teléfono del lugar de trabajo
Celular
Dirección de Email
Dirección de la Casa
Dirección del lugar de Trabajo
Horas de Trabajo

*******El pago es requerido antes de la fecha del día.*******

Cuota: \$50 por día – incluye almuerzo y 2 meriendas, talleres, actividades planeadas, tiempo libre y el tiempo fuera o en el gimnasio.

TODO LOS DIAS COMPLETOS TIENEN LUGAR EN OAK TERRACE EN EL SALON DE MULTI-USOS: favor de entrar por la entrada numero 7.

Preguntas Favor de llamar a Bobbie Hinden, Directora de ASAP

Favor de recortar y regresar con el pago a: Family Network, 330 Laurel Avenue, Highland Park, IL 60035

Cheque incluido cheque a nombre de: **Family Network - ASAP**
Favor de hacer el pago en mi Visa Master Card American Express

Numero de Tarjeta _____ Fecha de Exp. _____

Firma del dueño de la tarjeta _____

EMERGENCIA y SUMINISTRO DE INFORMACION: La siguiente información será usada en caso

Por favor voltee la hoja para completar la información d

Doy el permiso para que mi niño(a) _____ reciba tratamiento medico de emergencia que pudiera incluir, pero que no esta limitado a Primeros Auxilios proporcionados por el staff, Tratamiento proporcionado por Paramédicos, Doctores o por el Hospital Local. Yo entiendo que soy el responsable por los costos en los que se incurran.

Firma

Fecha

Nombre en Letra de Imprenta

Relación con el Niño (a)

Doctor(s) Nombre/Practica: _____ Telefono: _____

Dirección: _____ Hospital Afiliación _____

Odontólogo del Niño (a) _____ Teléfono: _____

CONSENTIMIENTOS

FOTO

Yo doy el Permiso al Programa para después de la Escuela (ASAP) de Family Network para que use la foto de (Nombre del niño(a)) _____ o algún otro miembro de la familia (nombre de padres o hermanos) _____ en publicaciones o por publicidad. Yo entiendo que Family Network tiene todos los derechos sobre las fotos.

EXCURSIONES y Salidas a Campo Abierto

Yo/Nosotros autorizamos al Staff o Agentes de ASAP que lleven a mi niño(a) en caminatas, excursiones y paseos en campo abierto. Ellos pudieran viajar en cualquier vehiculo prestado por ASAP. Yo entiendo que recibiré información antes de cualquier salida a campo abierto y que tengo el derecho de rehusar a darle autorización a mi hijo para que haga parte de la salida.

PARTICIPACION ATLETICA

Yo/Nosotros autorizamos ASAP para que mi niño(a) participe en actividades atléticas proveídas en ASAP.

RENUNCIO DE RESPONSABILIDADES POR DAÑOS MENORES

Yo entiendo que el Programa para Después de la Escuela (ASAP) de Family Network presta extrema atención a la seguridad de los niños mientras están atendiendo el programa, por lo tanto no los considero responsable por cualquier clase de accidente que ocurra mientras mi niño(a) este atendiendo el programa. Yo por lo tanto renuncio, libero y descargo al Programa para Después de la Escuela (ASAP) de Family Network y sus representantes de toda clase de reclamos, demandas, accidentes, daños, derechos de acción o causa de acción, ya sea que el mismo sea conocido o desconocido, anticipado o sin anticipar.

Firma

Fecha

Nombre en Letra Imprenta

Relación con el Niño(a)