



THIS ENROLLMENT FORM IS FOR NON-DYCD PROGRAMS

Confidentiality: Any information requested is for our records and for the funding our organization receives. The answers you provide will be kept completely confidential. Your cooperation in providing this information is both appreciated and necessary.

Confidencialidad: Cualquier información solicitada es para nuestros expedientes y para los que otorgan financiamiento a nuestra organización. Las respuestas que usted proporciona serán mantenidas totalmente confidenciales. Su cooperación en el abastecimiento de esta información es apreciada y necesaria.

Child's Name/ Nombre del Niño(a)	Grade/Grado
--	--------------------

↓ PARENT/GUARDIAN Information / Información de PADRE/GUARDIÁN

First Name / Primer Nombre:		Last Name / Apellido:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Family Income/ Ingreso Anual (Familia): <input type="checkbox"/> Less than \$15,000 <input type="checkbox"/> \$15,000 - \$24,999 <input type="checkbox"/> \$25,000 - \$34,999 <input type="checkbox"/> \$35,000 - \$49,999 <input type="checkbox"/> \$50,000 or more			
Family Size/ Tamaño de la Familia:		Number of adults (18+) in household/ Adultos (18+) en el hogar _____	Number of children in household/ Niños en el hogar _____
Address / Dirección:			
<input type="text"/>			
City, State / Ciudad, Estado:		Zip Code / Código Postal:	Address Type / Tipo de Dirección:
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Home/Casa <input type="checkbox"/> _____
Phone Number / Número de Teléfono:		Phone Type / Tipo de Número de Teléfono:	
(<input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/> Ext. _____		<input type="checkbox"/> Home/Casa <input type="checkbox"/> Work/Trabajo <input type="checkbox"/> Cell/Celular <input type="checkbox"/> _____	
(<input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/> Ext. _____		<input type="checkbox"/> Home/Casa <input type="checkbox"/> Work/Trabajo <input type="checkbox"/> Cell/Celular <input type="checkbox"/> _____	
E-Mail:			
<input type="text"/>			
Highest completed level of education/ El nivel más alto de educación: <input type="checkbox"/> High School <input type="checkbox"/> College <input type="checkbox"/> Advanced <input type="checkbox"/> Other			

↓ EMERGENCY CONTACT Information / Información de CONTACTO DE EMERGENCIA

IMPORTANT: Please provide information for an individual other than yourself (the PARENT/GUARDIAN named above), whom we can contact in case of an emergency.		IMPORTANTE: Por favor proporcionar información para una persona que no sea usted mismo (el PADRE/GUARDIÁN nombrado arriba), a quien podamos contactar en caso de una emergencia.	
First Name / Primer Nombre:		Last Name / Apellido:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Relation to Child/ Relación a Niño(a): _____ <input type="checkbox"/> Individual is at least 16 years of age/ Individuo es por lo menos 16 años de edad		<input type="checkbox"/> Lives with Child/ Vive con Niño(a)	
Address / Dirección: <input type="checkbox"/> Same as Parent/Guardian / Igual al Padre/Guarda			
<input type="text"/>			
City, State / Ciudad, Estado:		Zip Code / Código Postal:	Address Type / Tipo de Dirección:
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Home/Casa <input type="checkbox"/> _____
Phone Number / Número de Teléfono:		Phone Type / Tipo de Número de Teléfono:	
(<input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/> Ext. _____		<input type="checkbox"/> Home/Casa <input type="checkbox"/> Work/Trabajo <input type="checkbox"/> Cell/Celular <input type="checkbox"/> _____	
(<input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/> Ext. _____		<input type="checkbox"/> Home/Casa <input type="checkbox"/> Work/Trabajo <input type="checkbox"/> Cell/Celular <input type="checkbox"/> _____	

↓ CHILD's Information / Información del NIÑO(A)

First Name / Primer Nombre:		M.I.:	Last Name / Apellido:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Gender/ Género: <input type="checkbox"/> Male / Masculino <input type="checkbox"/> Female / Femenino		Date of Birth/ Fecha de Nacimiento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Ethnicity/ Pertenencia Étnica: <input type="checkbox"/> African American/ Afro Americano <input type="checkbox"/> Asian / Asiático <input type="checkbox"/> Hispanic / Latino <input type="checkbox"/> White / Blanco <input type="checkbox"/> Other / Otro				

CHILD's Information / Información del NIÑO(A) (Cont.)

School / Escuela: Grade / Grado: _____

Does the child have an IEP? / ¿Tiene el niño(a) un IEP?
 Yes No

Household Type/ Tipo de la Casa: Married/ Casado(a) Single/ Soltero(a) Partnered/ Parejo(a) Divorced/ Divorciado(a) Separated/ Separado(a) Foster Care/ Cuidado de Crianza Other/ Otro

Family Assistance Programs (Check all that apply) / Programa de Asistencia de Familia (Marque lo que aplique):
 Food Stamps/Estampas de Alimentos General Assistance/Asistencia General Medicaid/Seguro Medicó School Lunch/Comidas Escolares
 SSI/Asistencia de Seguro Social TANF Not applicable/No es aplicable

Medical Information (Please print) / Información Médica (Letra del molde por favor)

IMPORTANT: It is the responsibility of the Parent/Guardian to disclose any medical condition to PAL. Failure to disclose this information puts the child at risk and prevents PAL from obtaining the appropriate medical care.
IMPORTANTE: Es la responsabilidad del Padre/Guardián revelar alguna condición médica a PAL. Incumplimiento a revelar esta información pone al niño(a) en peligro y impide a PAL en obtener el cuidado médico necesario.

Medications / Medicamentos: _____

Medical Problems or Allergies / Problemas Médicos o Alergias: _____

Disabilities / Información de Desabilidad: _____

Physician / Medicó: _____ Physician Phone / Teléfono del Medicó: () - Ext. _____

Medication Policy
 It is the responsibility of the child, parent, or guardian to ensure that required medication is taken when needed. The medication should be kept in the child's backpack or cooler. PAL is not responsible for dispensing any medication or reminding any child to take his/her medication. Additionally PAL staff can not administer any over-the-counter medication.

Póliza de Medicamentos
 Es la responsabilidad del niño(a), del padre o del guardián legal de asegurarse de que la medicina requerida sea tomada cuando necesario. La medicina debe ser mantenida por el niño(a). PAL no es responsable de dispensar ninguna medicina o de recordar a ningún niño(a) de tomar su medicina. El personal de PAL no puede administrar ningún tipo de medicamento.

Emergency Medical Release
 If my child requires emergency medical care and I cannot be reached, I give my consent to PAL to obtain the necessary medical care for my child. I agree to pay all of the costs associated with the emergency medical care that my child receives. I understand that every effort will be made to contact me before and after medical care is provided.

Absuelto de Tratamiento de Emergencias Médica
 Si mi niño(a) requiere asistencia de emergencia y yo no puedo ser ubicada doy mi consentimiento a PAL para que mi niño(a) puedan recibir asistencia médica en caso de una emergencia. Así mismo acepto los cargos que sean relacionados con cualquier tratamiento de emergencia recibida. Entiendo que todo lo posible sera hecho para contactarme antes y después de que se proporciona la asistencia médica.

Consent
 I understand that this consent will be in effect as of the date of my signing this form and will continue as long as my child is enrolled in the PAL program.

Consentimiento
 Entiendo que este consentimiento tendrá validez a partir de la fecha en que yo firme el presente formulario y se mantendrá mientras mi hijo(a) esté inscrito en el programa de PAL.

Signature / Firma:

Date / Fecha: / / /

Photo/Video Consent / Consentimiento de Fotos/Videos

Please check one: I give permission... I do not give permission...
 ...for my child to be photographed or otherwise recorded and publicized when involved in a PAL authorized event.

Por favor escoja uno: Doy el permiso... No doy mi permiso...
 ...para mi niño(a) de ser fotografiado o por otra parte registrado y hecho público cuando implicado en un acontecimiento oficial.

Signature / Firma:

Date / Fecha: / / /

↓ Pick-Up Information / Información de Recojas

Pick-Up Authorization

If someone other than the Parent/Guardian is picking up a child, they must be 16 years or older, listed as an authorized escort on this form, and present a picture ID upon pick-up. No child will be released to an unauthorized person, even if the child knows the individual.

It is the responsibility of the Parent/Guardian to ensure that all contact information listed on this form is current and accurate. Should any changes be required, the primary parent/guardian must submit a written request.

By signing this page, you authorize the individual(s) named on this form to pick up your child on your behalf.

Autorización para Recojer

Si alguien con excepción del Padre/Guarda está recojiendo al niño, deben ser 16 años o más de edad. La persona tiene que estar en la lista como autorizado para recojer el niño o niña. También tiene que presentar una identificación cuando recoja al participante. No se despachara a ningún niño a ninguna persona sin autorización, aunque el niño conozca al individuo.

Es la responsabilidad del Padre/Guarda de asegurarse de que toda la información de contactos puesta en la lista de abajo es reciente y exacta. Si cualquier cambio sea requerido, el padre/guarda primaria debe presentar una petición escrita.

Yo le doy permiso a las siguientes persona(s) a recojer a mi(s) niño(a)(s) en mi ausencia.

Escort Permission / Permiso de Escolta :

- I give my child permission to go home unescorted at the end of each program day. *Le doy permiso a mi niño(a) de irse a casa sin compañía, al final de cada día de programa.*
- I do not give my child permission to go home unescorted at the end of each program day, and should only be permitted to leave the PAL center or premises escorted by me or any of the individuals named on this form. *Yo no le doy permiso a niño(a) de irse a casa sin compañía al final de cada día de programa, y sólo debe ser permitido dejar el centro escoltado por mí o cualquiera de los individuos que aparecen en esta aplicación.*

↓ Authorized Escorts / Escoltas Autorizadas :

IMPORTANT: List only the names of individuals other than yourself or the Emergency Contact (as indicated on page 1 of this form). Please note that all Authorized Escorts must be at least 16 years of age. To list more individuals, see page 4 of this form.

IMPORTANTE: Nombre solo las personas aparte de usted autorizadas o del Contacto de Emergencia. Por favor tenga en cuenta que todos los escoltas autorizados deben de tener por lo menos 16 años de edad. Para anadir mas personas, consulte la pagina 4 de este formulario.

<p>1) First Name / Primer Nombre:</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<p>Last Name / Apellido:</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
---	--

<p>Relation to Child/ Relación a Niño(a) : _____</p>	<input type="checkbox"/> Individual is at least 16 years of age/ Individuo es por lo menos 16 años de edad	<input type="checkbox"/> Lives with Child/ Vive con Niño(a)	<input type="checkbox"/> Emergency Contact/ Contacto de Emergencia
--	---	--	---

<p>Phone Number / Número de Teléfono:</p> <p>(<input style="width: 30px;" type="text"/>) <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> Ext. _____</p> <p>(<input style="width: 30px;" type="text"/>) <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> Ext. _____</p>	<p>Phone Type / Tipo de Número de Teléfono:</p> <p><input type="checkbox"/> Home/Casa <input type="checkbox"/> Work/Trabajo <input type="checkbox"/> Cell/Celular <input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Home/Casa <input type="checkbox"/> Work/Trabajo <input type="checkbox"/> Cell/Celular <input type="checkbox"/> _____</p>
---	---

<p>2) First Name / Primer Nombre:</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<p>Last Name / Apellido:</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
---	--

<p>Relation to Child/ Relación a Niño(a) : _____</p>	<input type="checkbox"/> Individual is at least 16 years of age/ Individuo es por lo menos 16 años de edad	<input type="checkbox"/> Lives with Child/ Vive con Niño(a)	<input type="checkbox"/> Emergency Contact/ Contacto de Emergencia
--	---	--	---

<p>Phone Number / Número de Teléfono:</p> <p>(<input style="width: 30px;" type="text"/>) <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> Ext. _____</p> <p>(<input style="width: 30px;" type="text"/>) <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> Ext. _____</p>	<p>Phone Type / Tipo de Número de Teléfono:</p> <p><input type="checkbox"/> Home/Casa <input type="checkbox"/> Work/Trabajo <input type="checkbox"/> Cell/Celular <input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Home/Casa <input type="checkbox"/> Work/Trabajo <input type="checkbox"/> Cell/Celular <input type="checkbox"/> _____</p>
---	---

<p>3) First Name / Primer Nombre:</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<p>Last Name / Apellido:</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
---	--

<p>Relation to Child/ Relación a Niño(a) : _____</p>	<input type="checkbox"/> Individual is at least 16 years of age/ Individuo es por lo menos 16 años de edad	<input type="checkbox"/> Lives with Child/ Vive con Niño(a)	<input type="checkbox"/> Emergency Contact/ Contacto de Emergencia
--	---	--	---

<p>Phone Number / Número de Teléfono:</p> <p>(<input style="width: 30px;" type="text"/>) <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> Ext. _____</p> <p>(<input style="width: 30px;" type="text"/>) <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> Ext. _____</p>	<p>Phone Type / Tipo de Número de Teléfono:</p> <p><input type="checkbox"/> Home/Casa <input type="checkbox"/> Work/Trabajo <input type="checkbox"/> Cell/Celular <input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Home/Casa <input type="checkbox"/> Work/Trabajo <input type="checkbox"/> Cell/Celular <input type="checkbox"/> _____</p>
---	---

Consent

I have read the policies and regulations detailed on this page and agree to abide by them as stated.

Signature / Firma:

Consentimiento

Yo he leído las pólizas y regulaciones detalladas en esta pagina y estoy de acuerdo en seguirlas segun estan indicadas.

Date / Fecha:

 / /

Additional Authorized Escorts / Escoltas Autorizadas Adicionales :

4) First Name / Primer Nombre:
 Last Name / Apellido:

Relation to Child / Relación a Niño(a): _____ Individual is at least 16 years of age / Individuo es por lo menos 16 años de edad Lives with Child / Vive con Niño(a) Emergency Contact / Contacto de Emergencia

Phone Number / Número de Teléfono: () - Ext. _____ Home/Casa Work/Trabajo Cell/Celular _____
 () - Ext. _____ Home/Casa Work/Trabajo Cell/Celular _____

5) First Name / Primer Nombre:
 Last Name / Apellido:

Relation to Child / Relación a Niño(a): _____ Individual is at least 16 years of age / Individuo es por lo menos 16 años de edad Lives with Child / Vive con Niño(a) Emergency Contact / Contacto de Emergencia

Phone Number / Número de Teléfono: () - Ext. _____ Home/Casa Work/Trabajo Cell/Celular _____
 () - Ext. _____ Home/Casa Work/Trabajo Cell/Celular _____

6) First Name / Primer Nombre:
 Last Name / Apellido:

Relation to Child / Relación a Niño(a): _____ Individual is at least 16 years of age / Individuo es por lo menos 16 años de edad Lives with Child / Vive con Niño(a) Emergency Contact / Contacto de Emergencia

Phone Number / Número de Teléfono: () - Ext. _____ Home/Casa Work/Trabajo Cell/Celular _____
 () - Ext. _____ Home/Casa Work/Trabajo Cell/Celular _____



Evaluation Consent / Consentimiento de Evaluación

I give permission for my child to participate in PAL's evaluation of its After School Program. Specifically, I give permission for: *Doy permiso para que mi hijo/a participe en la evaluación del programa de después de la escuela de PAL. Específicamente, le doy permiso para que:*

- PAL to survey and/or interview my child about the after-school program and its effects. *PAL realice encuestas y / o entreviste a mi hijo/a sobre el programa después de la escuela y sus efectos.*
- My child's school to release his/her report card to PAL. *La escuela de mi hijo/a le entregue la boleta de calificaciones ha PAL.*

Any information we collect will be used only to assess the after school program and will not be made public. Participating in the evaluation will not affect your child in school, in the after-school program, or in any other way. We will not use your name or your child's name in any report. This consent is valid for one year and can be revoked at any time. *Cualquier información que recopilamos se utilizará únicamente para evaluar el programa después de la escuela y no se hará pública. Participar en la evaluación no afectará la escuela, en el programa después de la escuela, o en cualquier otra forma. No vamos a utilizar su nombre o el nombre de su hijo/a en cualquier informe. Este consentimiento es válido por un año y puede ser revocado en cualquier momento.*

Child's Name / Nombre del Niño(a): _____ Child's School / Escuela del Niño(a): _____

Parent's/Gurdian's Name / Nombre del Padre/Guardian: _____

Parent's/Guardian's Signature / Firma del Padre/Guardian: Date / Fecha: / /