



Sheridan CCLC Morning Learning Registration Form

Please note: Your child will not be allowed to attend the Morning CCLC until a staff member contacts you.

Child's Name _____

Grade _____

Address _____

City _____ Zip _____

Mother's Name _____ Phone _____

Father's Name _____ Phone _____

Emergency Contact _____ Phone _____

Emergency Contact _____ Phone _____

My child will attend the CLC Morning Program on these days:

☐ Monday ☐ Tuesday ☐ Wednesday ☐ Thursday ☐ Friday

My child/children will be arriving in the following way:

- ☐ I will drive my child/children to the CCLC program each morning at 6:45 a.m.
- ☐ My child/children will take the city bus to the morning CCLC program.

Permissions

- I consent to and authorize Sheridan Elementary School CCLC Program to take photographs and videos and reproduce these images for newsletters, brochures, websites, and Facebook pages.

Yes: ☐ No : ☐

Parent/Guardian Signature: _____ Date _____

Sheridan Elementary School
1412 Maryland Ave Sheboygan
Phone:(920) 459-3550 fax: (920)459-3833



Formulario de Registración del CCLC Aprendizaje Matutino de Sheridan

Tenga en cuenta: No se permitirá que su hijo/a asista al CCLC matutino hasta que un miembro del personal lo contacte.

Nombre del Estudiante _____

Grado _____

Dirección _____

Ciudad _____ **Código Postal** _____

Nombre de la Madre _____ **Teléfono** _____

Nombre del Padre _____ **Teléfono** _____

Contacto de Emergencia _____ **Teléfono** _____

Contacto de Emergencia _____ **Teléfono** _____

Mi hijo/a atenderá el Programa Matutino de CCLC en estos días:

☐ Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☐ Viernes

Mi hijo/a llegará/asistirá de la siguiente manera:

- ☐ Yo llevaré a mi hijo/a al programa CCLC cada mañana a las 6:45 a.m.
- ☐ Mi hijo/a tomará el autobús de la ciudad para asistir al programa CCLC.

Autorización

• Doy mi consentimiento y autorizo al Programa CCLC de la Escuela Elemental de Sheridan para que tome fotografías y videos, y reproduzca estas imágenes en boletines, folletos, sitio web y página de Facebook.

Sí: ☐ No: ☐

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha** _____

Escuela Elemental de Sheridan
1412 Maryland Ave Sheboygan
Teléfono: (920) 459 3550 fax: (920) 459 3833