

Clarke County School District 21st Century Community Learning Center
Hilsman Middle School
Participant Registration Form
2019-2020 School Year

OFFICE USE ONLY	
Site #	_____
Bus#	_____
Date Entered in Computer	____/____/____
Data Staff Initials	_____

Student's Name: _____			
Last		First	Middle
Gender: Female ☐	Male ☐	School: Hilsman MS	Grade: _____ Date of Birth: ____/____/____
Ethnicity:			
☐ American Indian/Alaskan Native ☐ Asian ☐ Hispanic ☐ Black (not of Hispanic origin)			
☐ White (not of Hispanic origin) ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander Other: _____			
Primary Language: English _____ Spanish _____ Other: _____			
Address: _____		GA _____	
Street		City	State ZIP
Home Phone: _____		Student ID: _____	
		Lunch Status: Community Eligibility	
		Student lives with:	
		parents/mother/father/grandparents/other	

Parent/Guardian Signature _____ Date _____
Parent/Guardian Printed Name _____

Form must be signed and dated

Updated 03/2015

Distrito Escolar del Condado Clarke - Programa 21st Century Community Learning Center

Hilsman Middle School

Formulario de Inscripción para el/la Participante

Año Escolar 2019-2020

OFFICE USE ONLY

Site # _____

Bus# _____

Date Entered in Computer _____

_____/_____/_____
Data Staff Initials _____

Special Needs: (allergies, medications, diet, restricted pick-up, etc.)

Transportation From 21st CCLC Program (Please select transportation need for the afternoon):

School Bus PM _____

Parent Pick-up PM _____

	Home Phone	Work Phone	Cell Phone	Relationship to Student
Parent/Guardian				
Emergency Contact/Pick Up				

Unless otherwise notified in writing, my signature on this application indicates my agreement for the student listed above to participate in the 21st Century Community Learning Center (21st CCLC) programs and activities, which may include off-site events, academic assistance, and recreational programs. I also agree to allow communication between program staff and the school district regarding the participant's academic progress, behavior, and Individual Education Plan (IEP), if applicable.

Accept	Decline	
☐	☐	I agree that if a health condition exists now or in the future that would impact the participation of this student, I will notify the 21 st Century Community Learning Center staff.
☐	☐	I hereby give my consent to the School District's 21 st CCLC programs to take the participant's photograph during program activities, to be used for education and public relations purposes in conjunction with the School District's 21 st CCLC.
☐	☐	I give permission for my child's artwork, poetry, or other work produced in conjunction with the School District's 21 st CCLC programs to be used for educational and public relations purposes.

Please **initial** each box below to verify understanding.

	I understand that the program will maintain records on my child's academic, disciplinary, guidance, permanent and/or cumulative records (i.e. grades or attendance records). I also understand that information reported using these confidential records will not include personal identifiable information such as my child's address, phone number, or social security number.
	I understand that the program may use surveys, interviews, and student records to evaluate individual progress and improvement, as well as to evaluate the impact of the program on student achievement and to obtain continued funding for the program.
	I understand that the Clarke County School District is exempt from state day care licensure requirements because they are a public school district in the State of Georgia.
	If a medical emergency arises, program staff will take all steps necessary to ensure the safety of the participant and will call, if necessary, a public emergency vehicle for transport to an emergency facility. I understand that I will be responsible for any transportation charges and medical expenses incurred.
	Insurance Carrier _____ Insurance Number _____

Nombre del estudiante: _____

Apellido(s) _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ Escuela: _____ **Grado:** _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____

Origen étnico: ☐ Asiático ☐ Hispano Indio Norte Americano/Nativo de Alaska
☐ Negro (no de origen hispano) ☐ Blanco (no de origen hispano)
☐ Nativo de Hawaii u otra isla del Pacífico ☐ Otro: _____

Idioma principal: Inglés _____ Español _____ Otro: _____

Dirección: _____ **GA** _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Tel. de la casa: _____ **ID del estudiante:** _____

Estatus de almuerzo: elegibilidad de comunidad

El/la estudiante vive con:
 Ambos padres/sólo con la mamá/ sólo con el papá
 /abuelos / otro

Clarke County School District 21st Century Community Learning Center
Hilsman Middle School
Participant Registration Form
2019-2020 School Year

OFFICE USE ONLY	
Site # _____	
Bus# _____	
Date Entered in Computer _____	
Data Staff Initials _____	

Necesidades especiales: (alergias, medicamentos, dieta, restricciones de transporte, etc.)				
Transporte desde el Programa 21st CCLC: Autobús escolar PM _____ El padre/la madre vendrá a recogerlo(a) PM _____				
	Tel. de la casa	Tel. del trabajo	Tel. celular	Vínculo con el/la estudiante
Padre/tutor				
Contacto de emergencia / Recogerá al estudiante				

A menos que sea notificado por escrito, mi firma en este formulario indica mi autorización para que el/la estudiante nombrado arriba participe en los programas y actividades del 21st Century Community Learning Center (21st CCLC), que pueden incluir eventos fuera de las instalaciones, ayuda académica, y programas recreativos. También, autorizo la comunicación entre el personal del 21st CCLC y el Distrito Escolar sobre el progreso académico del participante, su comportamiento y su Plan de Educación Individualizado (IEP), si aplica.

Acepto	Niego	
☐	☐	Estoy de acuerdo que si ahora o en un futuro existiera una condición de salud que pueda impactar la participación del estudiante arriba nombrado, notificaré al personal del programa 21 st Century Community Learning Center.
☐	☐	Autorizo al Programa 21 st CCLC del Distrito Escolar a fotografiar al estudiante participante durante las actividades del programa para fines educativos y de relaciones públicas de dicho programa.
☐	☐	Autorizo al Programa 21 st CCLC a que utilice los trabajos artísticos, poesías, y otros trabajos de mi hijo/a para fines educativos y de relaciones públicas de dicho programa.

Escriba sus iniciales en cada casilla para confirmar su entendimiento.

	Entiendo que el Programa mantendrá registros de mi hijo/a tales como, records académicos, de disciplina, de orientación/asesorías, historial permanente y/o acumulativo (por ej.: calificaciones o registro de asistencia escolar), e información acerca del estatus en el programa de comidas escolares gratis o a precio reducido. También, entiendo que la información reportada utilizando estos registros confidenciales no incluirá información personal identificable tal como dirección, número telefónico, o número del Seguro Social de mi hijo/a.
	Entiendo que el programa utilizará encuestas, entrevistas, y registros estudiantiles para evaluar el progreso y mejoría individual, así como para evaluar el impacto del programa en el éxito estudiantil y para obtener fondos para el programa.
	Entiendo que el Distrito Escolar del Condado de Clarke está exento de los requisitos de la licencia estatal de cuidado de niños debido a que es un distrito escolar público en el Estado de Georgia.
	Si surge una emergencia médica, el personal del programa tomará las medidas necesarias para garantizar la seguridad del estudiante participante y, si es necesario, llamará a una ambulancia para transportar al estudiante a una sala de emergencia. Entiendo que seré responsable de los gastos médicos y de transporte incurridos.

Compañía de seguro	Número de póliza
---------------------------	-------------------------

Firma del padre/tutor

Fecha

Nombre del padre/tutor

Parent/Guardian Signature _____ Date _____
Parent/Guardian Printed Name _____

Form must be signed and dated

Updated 03/2015