

After School Action Program

Building Assets– Believing in Youth

OFFICE USE ONLY Student ID	Scholarship	Transportation	Homeroom Teacher	Fall _____	Enroll Date	Withdraw Date
				Spring _____		
				Summer _____		

FORM REVISED 8/03/09

INSTRUCTIONS: Make sure all sections (front and back) are completed.

ISTRUCCIONES: Asegúrese de haber llenado todas las secciones (enfrente y detrás de esta hoja). Para los estudiantes que están regresando al distrito escolar, anote las correcciones que sean necesarios. Firme el frente y el reverso de esta hoja, y devuélvala.

STUDENT INFORMATION INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

LAST NAME APELLIDO		FIRST NAME PRIMER NOMBRE		MIDDLE NAME SEGUNDO NOMBRE	NAME STUDENT GOES BY NOMBRE QUE PREFERE EL ESTUDIANTE
GRADE GRADO	AGE EDAD	BIRTH DATE FECHA DE NACIMIENTO		MONTH MES / DAY DÍA / YEAR AÑO	HOME TELEPHONE TELEFONO DE LA CASA
RESIDENCE ADDRESS DIRECCIÓN DEL HOGAR (NÚMERO Y CALLE)		CITY CIUDAD	STATE ESTADO	ZIP CÓDIGO POSTAL	ETHNICITY RAZA <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> 1— AMERICAN INDIAN OR ALASKAN NATIVE INDÍGENO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA 2— ASIAN OR PACIFIC ISLANDER ASIÁTICO O ISLEÑO DEL PACÍFICO 3— BLACK, NOT HISPANIC NEGRO, NO HISPANO 4— HISPANIC HISPANO 5— WHITE, NOT HISPANIC BLANCO, NO HISPANO 6— OTHER OTRO _____
MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT) DIR. DEL CORREO (SI ES DIFERENTE)		CITY CIUDAD	STATE ESTADO	ZIP CÓDIGO POSTAL	

PARENT/GUARDIAN INFORMATION

PARENT/GUARDIAN/PADRE	
FIRST NAME PRIMER NOMBRE	LAST NAME APELLIDO
RELATIONSHIP TO STUDENT PARENTESCO AL ESTUDIANTE	
WORK PHONE TELÉFONO - TRABAJO	EMPLOYER LUGAR DE TRABAJO
CELL/PAGER CELULAR/PAGER	EMAIL CORREO ELECTRONICO
DRIVERS LICENSE # LOS CHOFERES LICENCIAN	

PARENT/GUARDIAN / PADRE/	
FIRST NAME PRIMER NOMBRE	LAST NAME APELLIDO
RELATIONSHIP TO STUDENT PARENTESCO AL ESTUDIANTE	
HOME PHONE TELÉFONO DE LA CASA	CELL/PAGER CELULAR/PAGER
WORK PHONE TELÉFONO - TRABAJO	EMPLOYER LUGAR DE TRABAJO
DRIVERS LICENSE # LOS CHOFERES LICENCIAN	EMAIL CORREO ELECTRONICO

CUSTODIAL/PROTECTIVE ORDER:

If a family member or other individual is not allowed to have contact with the student, please note: **(Court Documents MUST be attached.)** Si un miembro de la familia u otro individuo no está permitido a tener contacto con el estudiante, por favor anótelo: (Los documentos del tribunal se deben conectar.)

NAME OF INDIVIDUAL NOMBRE DE LA PERSONA

NOTES/COMMENTS NOTAS :

EMERGENCY CONTACTS

PERSONAS DE CONTACTO EN EMERGENCIA

Please list 2 adults in the Georgetown area that we could contact in your absence in the event of an emergency.

Por favor anote los nombres de 2 adultos que viven dentro del área de Georgetown a quienes podemos comunicarnos en su ausencia en casos de emergencia.

NAME NOMBRE	
RELATIONSHIP RELACION	PHONE # TELEFONO
NAME NOMBRE	
RELATIONSHIP RELACION	PHONE # TELEFONO

HEALTH/MEDICAL INFORMATION

INFORMACIÓN MÉDICA/DE LA SALUD

PHYSICIAN NAME NOMBRE DE MEDICO	
ADDRESS DIRECCION	PHONE # TELEFONO

Does the student have any condition which causes the possibility of a life-threatening emergency? (inc. allergies or asthma) ¿Tiene el estudiante cualquier otro estado que causa la posibilidad diaria de una emergencia potencialmente mortal? (incluyendo las alergias o el asma)

YES SÍ NO

Please list specific medical conditions, medications, and/or allergies (ADD/ADHD, migraines, wears glasses/contacts, seizures, etc.) concerning your child.

If your child has a medical condition that requires special needs you must schedule a conference with the ASAP Coordinator. Los padres de un estudiante especial deben contactar a la Coordinadora de ASAP antes de inscribir al estudiante. Puede ser que la coordinadora necesite observar el niño durante su día cotidiano y hablar con maestros que enseñan o enseñaron a su hijo para determinar si ASAP puede atender a las necesidades especiales de su hijo.

CLASS SELECTIONS

ACTIVIDADES

	Fall	Spring	Summer
Monday	/	/	/
Tuesday	/	/	/
Wednesday	/	/	/
Thursday	/	/	/

TRANSPORTATION– BUS (please circle one)

Bus Ride Home: YES NO

STUDENT LAST NAME APELLIDO	FIRST NAME PRIMER NOMBRE

Discipline and Guidance Policy for After School Action Program

- Discipline must be:**
 - Individualized and consistent for each child;
 - Directed toward teaching the child acceptable behavior.
- Expectations are:**
 - Students will conduct themselves in a way that credit will reflect upon their parents and the school that they represent.
 - Students will arrive prepared for ASAP classes each day (ie. Appropriate clothing for adventure challenge, materials for homework help, etc.)
 - Students will follow ALL rules that apply in the school setting in ASAP and on the ASAP bus. We adhere to the GISD code of conduct and the transportation rules set forth by the school district. Students are expected to follow those policies while in ASAP (If you have not received your copy of the handbook please contact your school for a copy).
- Consequences are:**
 - If my child does not conduct himself/herself properly ASAP reserves the right to remove them at any time from the program, at which time I will be responsible to pick up my student from the program and no refund will be given.
 - Using the ASAP bus service is a privilege; if your child misbehaves you will be notified. In the event your child misbehaves a 2nd time, he or she will no longer be allowed on the ASAP bus.

Disciplina y la Política de la Guía para el Enriquecimiento Prolongado de la Escuela

- La disciplina debe ser:**
 - Individualizó y coherente para cada niño;
 - Dirigido hacia enseñar al niño la conducta y el autocontrol aceptables.
- Expectaciones:**
 - Entiendo que se espera que mi hijo se comporte bien para representar bien a su escuela y a sus padres.
- Consentimiento:**
 - Entiendo también que si mi hijo no se comporta bien el programa de ASAP tiene el derecho de sacarle del programa en cualquier momento. Si esto ocurre yo tendré la responsabilidad de recogerlo de la escuela. ¡No habrá reembolsos!

RELEASES AUTORIZACIONES

- YES NO **Please circle YES or NO for each item.**
- SI NO **Por favor Sí o NO a cada uno de los siguientes.**
- YES NO My child has permission to go on all scheduled **field trips** this year.
SI SI
- Mi hijo(a) tiene mi permiso para ir a todos los viajes de estudio programados este año.*
- YES NO My child may be photographed, video taped, or interviewed participating in ASAP activities. I give permission for their use in GISD publications, summer displays, press releases, web pages, aired in area newspapers, magazines, newsletters, or TV newscasts.
SI SI
- GISD podrá utilizar la foto de mi hijo(a) en sus publicaciones, comunicados de prensa o páginas de Internet.*
- YES NO My child's name may be used in GISD publications, press releases, web pages or above mentioned media sources.
SI SI
- GISD podrá utilizar el nombre de mi hijo(a) en sus publicaciones, comunicados de prensa o páginas de Internet.*
- YES NO I give permission for my child to be transported by ASAP or GPARD personnel to activities away from the facility and to be transported to their bus stop following the daily conclusion of the program and will not hold either organization responsible for any accident or misfortune that may occur.
SI SI
- Doy permiso que el personal de ASAP y DPRG lleve a mi hijo a actividades fuera de la escuela y también que el autobús le lleve a su paradero al fin del día después de que termine el programa y no haré a cualquier de los dos organizaciones responsable en caso de ocurra un accidente.*
- YES NO I understand normal precautions will be taken for the safety of my child. I understand that the activities facilitated by Georgetown Parks and Recreation (i.e. Adventure Challenge/Outdoor Recreation) and ASAP (i.e. Cooking, Baking, Martial Arts, Sports) involve some inherent dangers and I agree to waive all claims and to hold harmless ASAP personnel, GPARD personnel, GISD and the City of Georgetown for any accident or misfortune that might occur.
SI SI
- Entiendo que se tomarán las precauciones normales para la seguridad y bienestar de mi hijo. También entiendo que en participar en las actividades con el Departamento de Parques y Recreación de Georgetown (i.e. el Reto Aventura/Recreación al Aire Libre) y el programa de ASAP (i.e. las clases de cocinar, cocer al horno, artes marciales y deportes) hay peligros inherentes y estoy de acuerdo de renunciar cualquier reclamación y sostengo que los empleados de ASAP, el Departamento de Parques y Recreación de Georgetown (DPRG) y el Distrito Escolar de Georgetown y la Ciudad de Georgetown no son culpables.*

RELEASES AUTORIZACIONES

- YES NO I understand that as a participant in ASAP my child may be asked to participate in surveys and evaluations in order to monitor the progress of the program.
SI SI
- Entiendo que como participante del programa de ASAP puede que le pidan a mi hijo que participe en unas encuestas y evaluaciones para observar el progreso del programa.*
- YES NO I have received copies of the GISD Student/Parent Handbook and Code of Conduct. I understand that it contains specific school district information, rules and consequences which are important for me to discuss with my child.
SI SI
- Yo he recibido copias del Manual de Estudiantes y Padres y el Código de Conducta del Distrito Escolar Independiente de Georgetown. Entiendo que contiene información específica acerca del distrito escolar, reglamentos y consecuencias, y que es extremadamente importante que hable con mi hijo (a) acerca de eso.*
- YES NO I understand the program ends at 6:00 p.m., and I will be assessed a late pick up fee of \$1 every minute after 6:05pm.
SI SI
- Entiendo que el programa termina a las 6:00 y que me multarán un dólar por cada minuto después de las 6:05.*
- YES NO In an emergency, I give my permission to the physician or health care provider listed or any available physician to treat my child.
SI SI
- En caso de emergencia, doy mi permiso al médico o proveedor de servicios de salud que aparece en la lista o cualquier médico disponible para atender a mi hijo(a).*

Tuition Explanation & Agreement

	Fall	Spring	Summer
1 Day Monthly Fee	\$55	\$55	\$140.00 total fee
2 Days Monthly Fee	\$100	\$100	
3 Days Monthly Fee	\$130.00	\$130.00	

Tuition is due on the **1st** working day of each month during the school year. ASAP Participants must **pay tuition within the first 4 working days** of the month. A **\$30.00 late fee per child** will be assessed **after the 4th** working day of the month. If tuition and late fee are not received, the child will be withdrawn from the program. **Alternative arrangements for tuition (tuition payment schedule) must be made through the ASAP Office BEFORE the 4th working day (512) 943-5000 ext.6925 .**

My signature verifies I have read and understand this release form, discipline /guidance policy, and tuition agreement. The information in this form is true and correct to the best of my knowledge



PARENT/GUARDIAN SIGNATURE FIRMA DEL PADRE/TUTOR DATE FECHA