*.4rclidiocese of Hartford*

Hartford Learning Hub

PROGRAM APPLICATION

Student Name: Date of Birth: Please check one:\_\_\_Male\_\_\_\_Female

Please check one: Black/African American Hispanic Asian Caucasian

 Other: Please specify \_

Home Address: Zip Code: \_

Parent/Guardian Name: ---------------------------- Home Telephone: Parent Cell Phone: \_

Current School Grade: \_\_\_\_\_\_\_

The undersigned parent/guardian hereby agrees that (student's name) may participate in the Catholic Charities Hartford Learning Program. I understand that the program's hours begin at 8:00 AM until 4:00 PM, Monday thru Friday.

I understand that the program includes enrichment and academic activities.

Program staff will be available to meet regularly with me to monitor my child’s participation in the program.

Parent/ Guardian Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parent/ Guardian Signature: Date: \_



Capsula de Aprendizaje de Hartford

APPLICACION DEL PROGRAMA

Nombre del alumno: Fecha de Nacimiento: Por favor marque uno: Hombre Mujer

Por favor marque uno: africano americano hispano asiático caucásico

 Otros: especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Código Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del padre o guardián:

Teléfono de la casa:

Padres teléfono celular:

Grado de escuela actual: \_

El abajo firmante padre acepta que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre del estudiante) pueden participar en las Caridades Católicas en el programa Capsula de Aprendizaje de Hartford. Entiendo que el horario del es de8:00 AM hasta las 4:00 PM, de lunes a viernes.

Entiendo que el programa incluye actividades académicas y enriquecimiento.

Personal del programa estarán disponible para reunirse regularmente conmigo para supervisar la participación de mi hijo/a en el programa.

Nombre del padre o Guardián: ---------------

Firma del padre/Guardián: Date: --------

*.4rcl1diocese of* Hartford

Hartford Learning Hub

# EMERGENCY INFORMATION FORM

Participant's Name: ----------------- Age: \_ Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

City: State Zip \_\_\_\_\_\_\_\_\_

If I am not available for due to an emergency, (medical or disciplinary) please contact:

Name: \_

Phone number: ------------ Relationship to student: \_

Secondary contact

Name: \_ Phone number: \_

Relationship to student: \_

*I understand that a Catholic Charities staff will contact one of the above individuals in case of a medical or disciplinary emergency.*

*Parent/Guarding Name (Please Print)*

*Parent/Legal Guardian (Signature)*

Date: \_

Capsula de Aprendizaje de Hartford

# FORMULARIO DE INFORMACION DE EMERGENCIA

Nombre del participante: edad: \_ Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Si no estoy disponible en caso de alguna emergencia (médica o disciplinaria) por favor, comuníquese con:*

Nombre: \_ Numero de teléfono:

Relación al estudiante:

*Contacto Secundario*

Nombre:

Número de teléfono: Relación al estudiante:

*Entiendo que un personal de Caridades Católicas se comunicara con uno de los individuos de este formulario en caso de una emergencia médica o disciplinaria.*

*Nombre del padre/Guardián (letra de molde)*

*Firma del padre/Guardián*

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hartford Learning Hub

###### PARTICIPANT AGREEMENT /MEDIA RELEASE

I authorize Catholic Charities to use my child's image and or voice in the production of any audio or visual material for the purpose of promoting and documenting the Program. All media (print, radio, television, or website) that use my son's/ daughter's image or voice will be without compensation to me and will be the property of Catholic Charities.

By signing this agreement, I hereby state that my child will be expected to follow the rules and regulations that are stated in the school handbook. I also allow Catholic Charities program Staff to gather academic and behavioral information from school staff and partners to help better se1ve him/her.

###### Student’s Name Date of Birth

###### Parent/Guardian Name (Please Print) Home Phone Number

###### Parent/Guardian Signature Cell Number

###### Date Work Phone Number

Capsula de Aprendizaje de Hartford

**ACUERDO PARTICIPANTE/COMUNICADO**

Autorizo a Caridades Católicas para usar imagen de mi hijo y o la voz en la producci6n de cualquier material audio o visual con el fin de promover y documentar el programa. Todos los medios (impresi6n, radio, televisión o página web) que utilizan mi hijo imagen o voz de la hija será sin indemnizaci6n a *mí* y será propiedad de Caridades Católicas.

Mediante la firma de este acuerdo, por este medio declaro que mi hijo se espera que siga las reglas y regulaciones que se indican en el manual de la escuela. Le permito al programa de Caridades Católicas reunir informaci6n académica y de comportamiento del personal de la escuela y asociados para ayudar a se1vir mejor a su personal.

Nombre del estudiante Fecha de nacimiento

Nombre del padre/Guardián (letra de molde) Numero de teléfono de la casa

Firma del padre /Guardián Numero de celular

Fecha Numero de teléfono de trabajo

Hartford Learning Hub

##### DISMISSAL FORM

Program dismisses PROMTLY at 4:00 PM unless otherwise informed. Please indicate how you would like your child to get home daily after programming:

* I will pick my child up from the program.
* I will allow my child to walk home from the program each day.
* I have made other arrangements for my child's dismissal from the program (i.e. family member, friend, or neighbor will pick up my child). Please specify who has permission to pick up your child. \* Please, note a photo I.D. must be shown by person picking up the child before the student will be released to their care. \*



Relationship: -------------------

Name: \_ Relationship: -------------------

Name: \_ Relationship: \_

Name of Parent/Guardian (please print)

*Parent/Guardian (Signature)* Date

Capsula de Aprendizaje de Hartford

FORMA DEL DESPIDO

Programa despide a las 4:00PM, a menos que lo contrario es informado. Por favor, indique como le gustaría a su hijo llegar a su casa todos los días después del programa:

* Recogeré a mi hijo/a después del programa.
* Permitiré que mi hijo camine a casa desde el programa todos los días
* He hecho otros arreglos para el despido de mi hijo de después del programa (es decir, miembro de la fa1nilia, amigo o vecino para recoger a mi hijo/a). Por favor especifique quien tiene permiso para recoger a su hijo/a. \* Por favor de notar que una identificación con foto es requerida por cada persona que recoja a su hijo/a antes de que el estudiante pueda ser dado al cuidado de la persona identificada. \*

Nombre: \_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación: \_

Nombre del padre o guardián (letra de molde)

*Firma de]padre/ guardián* Fecha

Hartford Learning Hub

###### RULES AND REGULATIONS

Participants are expected to treat others with respect. Name-calling, bullying, harassment, and inappropriate physical contact are not allowed and may be reason for discipline.

Participants are to be on time and participate in the programs that he or she has enrolled in.

Participants are to show respect to program staff by listening to and following instructions for behavior.

Participants are to follow school rules during the program related to no use or possession of alcohol, tobacco, or other chugs or having a weapon is his or her possession. Violation of these rules will result in discipline, up to including suspension from the program.

Participants are expected to treat all property of the school and program with respect. Damaging property, materials, program rooms, and other acts of vandalism will be cause for discipline.

Participants are expected to follow other school rules related to cell phones and other electronic equipment. These may not be used during program without permission from the program staff.

My signature indicates that I have read these rules, that they have been explained to me, and that I agree to follow them.

**Student Name (Printed) Parent/ Guardian Name (Printed)**

 **Parent/Guardian Signature**

 **Date Signed**

Capsula de Aprendizaje de Hartford

### NORMAS Y REGLAMENTOS

Los participantes deben tratar a los demás con respeto. Insultos, intimidaci6n, acoso y contacto físico inapropiado no están permitidos y pueden ser motivo de disciplina.

Participantes deben estar a tiempo y participar en el programa.

Los participantes deben mostrar respeto al personal del programa escuchando y siguiendo las instrucciones de comportamiento.

Los participantes deben seguir reglas escolares durante el programa relacionados con el uso o posesi6n de alcohol, tabaco u otras drogas o tener un arma es su posesi6n. Violaci6n de estas normas resultara en disciplina, hasta incluyendo la suspensión del programa.

Se espera que los participantes traten con respeto toda la propiedad de la escuela y el programa. Dañar la propiedad, materiales, salas de programas y otros actos de vandalismo serán motivo de disciplina.

Se espera que los participantes sigan otras reglas escolares relacionadas con teléfonos celulares y otros equipos electrónicos. Estos no se pueden usar durante el programa sin el permiso del personal del programa.

Mi firma indica que he leído estas reglas, que me las han explicado y que acepto seguirlas.

**Nombre del estudiante (letra de molde) Nombre del padre o guardián (letra de molde)**

 **Firma del padre/guardián**

 **Fecha de firma**

Hartford Learning Hub

PARTICIPANT MEDICAL RELEASE FORM

Participant's Name Age:

I, the parent/guardian, certify that my child \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ is medically and physically able to participate in the Program and activities. I expressly release Catholic Charities from any and all liability for any injury or damage that may be incurred by my child during the Hartford Learning Program.

PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING MEDICAL QUESTIONS.

Has your child been treated for any of the following? (Circle yes or no)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Injuries/ Fractures
2. Head trauma
3. Loss of consciousness
 | yesyes yes | nono no | Date \_Date \_ Date  |
| 4. Allergies | yes | no | Date  |
| 5. Asthma | yes | no | Date  |
| 6. Shortness of breath | yes | no | Date  |
| 7. Heart problems | yes | no | Date  |
| 8. Chest pains | yes | no | Date  |
| 9. Bleeding disorders | yes | no | Date  |

1. Is your child taking medications daily? (If yes, please specify)
2. Is your child allergic to insect bites? (If yes, please specify)

If you answered Yes to #5, is your child using an asthma inhaler/pump? Yes no

Parent/Guardian (Please Print)

*Parent/Legal Guardian Signature Date*

Capsula de Aprendizaje de Hartford

FORMULARIO MEDICO PARTICIPANTE

Nombre del estudiante Edad: \_

Yo, el padre o guardián, certifico que mi hijo/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ es médica y físicamente capas de participar en el programa y actividades. Expresamente libero a Caridades Católicas de toda responsabilidad por cualquier lesión o daño que mi hijo/a pueda incurrir durante el programa.

POR FAVOR COMPLETE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS MÉDICAS.

¿Su hijo ha sido tratado por alguno de los siguientes? (Encierre en un círculo si o no)

1. Lesiones / Fracturas si no Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Traumatismo craneal si no

3. Pérdida del conocimiento si no Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Alergias si no Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Asma si no Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Dificultad para respirar si no Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Problemas cardíacos si no Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Dolores en el pecho si no Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Trastornos hemorrágicos si no Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. ¿Su hijo toma medicamentos a diario? (En caso afirmativo, especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. ¿Su hijo es alérgico a las picaduras de insectos? (En caso afirmativo, especifique) \_\_\_\_\_\_

Si respondió Sí a la pregunta 5, ¿usa su hijo un inhalador / bomba para el asma? Sí No

Padre o guardián (letra de molde)

##### *Firma del padre/guardián* *Fecha*