



Program for students K-6th Grade ONLY
AFTER SCHOOL REGISTRATION APPLICATION
STUDENT IN-TAKE FORM/INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

***Student Information:**

First Name/Nombre _____ **Last Name/Apellido** _____

Nickname _____ **Age/Edad** _____ (Check one) M F

Date of Birth/Fecha de Nacimiento _____

School Name/Nombre de la Escuela _____

Teacher's Name/ Nombre de Maestra _____ **Grade Level/ Grado** _____

Class#/Numero de Clase _____

***EMERGENCY CONTACT PERSON : NAME** _____ **PHONE** _____

***PARENT INFORMATION:**

Mother/Guardian/Madre/Guardián

Full Name/Nombre Completo _____

Home Address/Dirección _____ **Apt #** _____

City _____ **Zip Code** _____

Phone Number/Numero _____ **Cell/ Celular** _____

E-Mail Address/Correo Electrónico PRINT CLEARLY [*Required]

Father/Guardian/Padre/Guardián

Full Name/Nombre Completo _____

Fill out if Address is different

Home Address/Dirección _____

Home Phone/Numero de Casa _____ **Cell/ Celular** _____

E-Mail Address/ Correo Electronico _____

Languages Spoken: _____

**CONSENT FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA**

I hereby give my consent/authority The Scholars Corner, LLC to obtain the necessary emergency medical treatment for my child with the understanding that the family will be notified as soon as possible and that all medical costs relating to medical emergency will be my full responsibility.

Yo doy mi consentimiento /autoridad a The Scholars Corner, LLC para obtener el tratamiento médico de emergencia necesario para mi hijo/a con el entendimiento de que la familia se le notificará tan pronto como sea posible y que todos los gastos médicos relacionados con la emergencia médica serán mi responsabilidad completa.

Relationship/Relación: _____ **Signature/Firma:** _____ **Date/Fecha:** _____

Medical History/Historial Medico

IMPORTANT: Please notify staff if Child was/is exposed to any communicable disease at anytime three weeks before program attendance.

IMPORTANTE: Por favor notifique al personal si su hijo/a fue/es expuesto a cualquier enfermedad comunicable durante cualquier tiempo tres semanas antes de asistir a este programa.

○ YES/SI ○ NO If YES, please give type of exposure/ Si su respuesta es SI, por favor escribir que tipo exposicion:

Yes/Si No

Food allergies/Alergias a Comida: _____

Operations or Serious Injuries (Dates)/Operaciones o Lesiones Graves: _____

Behavior issues/Problemas de Comportamiento: _____

PLEASE LIST/POR FAVOR ESCRIBA:

Medication taken/Medicamentos que el estudiante este tomando: _____

Appliance worn (Glasses, Hearing Aid, etc.)/Aparatos que use (lentes,Audifono,ect.): _____

AUTHORIZED PICK UP BY :

Names of two other responsible adults who are authorized to pick-up child from the The Scholars Corner, LLC and can be contacted if a parent/guardian cannot be reached.

Nombre de dos adultos responsables que están autorizado para recoger el hijo/a de The Scholars Corner, LLC y que puedan ser contactados si un padre/guardián no puede ser localizado.

1. Name/Nombre _____ Relationship to the Child/Relación al Hijo/a _____

Tel #: (_____) _____

2. Name /Nombre _____ Relationship to the Child/Relación al Hijo/a _____

Tel. #: (_____) _____

Our main priority is to keep your child safe, the authorized adult(s) will need to show ID on time of pick-up.

Nuestra prioridad principal es mantener a su hijo/a seguro/a, el/los adulto/s autorizado/s necesitara/n enseñar ID a la hora de recoger al estudiante.

I certify that all information in the Student In-Take Form is correct and updated to the best of my knowledge. I understand that if I conceal any information that pertains to the health and or behavior of my child, which may put my child(ren), and or other children and staff at risk will result in the expulsion of my child from the program and possible further actions.

I agree to update the emergency contact/parental consent form information whenever changes occur or every 6 months at a minimum.

PARENT FULL

NAME: _____ SIGNATURE: _____ DATE: ____/____/____



School Pick-Up Slip/ Recoger de Escuela

PERMISSION SLIP FOR RELEASE OF CHILD TO AUTHORIZED PICK-UP

PAPEL PARA AUTORIZAR RECOGER ESTUDIANTE DE LA ESCUELA

Please complete this section for your child to be picked up by The Scholars Corner, LLC staff. Your child will not be released without proper identification of authorized pick-up.

Por favor complete esta sección para que su hijo/a pueda ser recogido por el personal de The Scholars Corner, LLC. Su hijo/a no será entregado/a sin identificación apropiada.

Child's Name/Nombre de Hijo/a: _____

School/Escuela: _____

Teacher/Maestra: _____ Grade Level _____ Class _____

Authorized to be Picked-up by The Scholars Corner, LLC

Tutoring Center

On the following DAYS ONLY:

ATTENTION P.S. 7 TEACHERS: TSC Staff will meet children in the school yard by the entrance.

ATTENTION P.S. 89 TEACHERS: TSC Staff will meet children in the school auditorium.

(STAMP HERE)

Date of authorized pick-up/Fecha de Autorización: _____

Parent Signature/Firma del Padre: _____

Date/Fecha: _____