

## 2012/2013 AFTER SCHOOL LIGHTHOUSE REGISTRATION

**Site Use Only - (for deposit only)**

Date Paid \_\_\_\_\_ M. O. # \_\_\_\_\_

Staff Initial \_\_\_\_\_ Amount Paid \_\_\_\_\_

Student's Name(s):	Gender:	Race:	School	SASID#	Grade(8/2012)	DOB:
1. _____	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
4. _____	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____

Home Address: \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip code \_\_\_\_\_

Name of parent(s)/guardian: \_\_\_\_\_ Home phone: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Work hours: \_\_\_\_\_ Full Time  Part Time  Work phone: \_\_\_\_\_

Gross Yearly Household Income: \_\_\_\_\_ Family Size: \_\_\_\_\_ Family Unit:  1 Parent  2 Parents  Guardian

**If I cannot be reached in the event of an emergency, please call:**

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Local Phone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip code \_\_\_\_\_

**Person(s) who have permission to pick your child up: (please send a note if this changes)**

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Local Phone: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Local Phone: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Local Phone: \_\_\_\_\_

I give permission for my child to receive emergency medical attention while attending the Lighthouse Program.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent(s)/Guardian

Primary Insurance Carrier: \_\_\_\_\_ Secondary Insurance Carrier: \_\_\_\_\_

My child has the following medical conditions: \_\_\_\_\_

\*Does your child have an Individual Education Plan (IEP) or Behavior Log during the school day? Yes  No

\*Does your child receive special services during the day, i.e. meet with a social worker, special education teacher, speech and language therapist, etc.? Yes  No

My child needs medication during the course of the day: (if applicable) Type(s): \_\_\_\_\_ Time(s): \_\_\_\_\_

Will any of these conditions hinder his/her ability to fully participate? Yes  No

If yes, please explain: \_\_\_\_\_

I give permission for my child to attend regularly scheduled field trips during the course of summer and after school program.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent(s)/Guardian

In signing this form I certify that my child is a resident of Bridgeport. I further agree to all the terms and conditions set forth above including the Lighthouse Policy located below. I further agree that my child's academic records and photos be available for studies on the impact of after school programs on student achievement, as well as publications, project videos and fund solicitation. I authorize the district to release my child's state assigned student (SASID#) to the Lighthouse Program for state reporting purposes. ***I am aware that a \$25.00 non-refundable deposit applies to this application for each child registered.***

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent(s)/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

### **LIGHTHOUSE POLICY FOR TERMINATION/EXPULSION**

In addition to those policies and procedures outlined in the Operational Guidelines, the Lighthouse Program is establishing the following policy in writing.

The Lighthouse Program reserves the right to request the termination of any individual receiving funds from the Lighthouse Program for actions by the individual which can jeopardize the well being of other staff or students involved in the program. In addition, the Lighthouse Program, its contracted agencies and site staff reserve the right to dismiss any child temporarily or permanently from the Lighthouse Program should he or she fail to abide by Board of Education rules and/or Agency rules while attending the summer or after school program.

The Lighthouse Program agrees to review all data presented and follow up with appropriate individuals before a decision is made in either of the above instances. Should the action warrant immediate response, the Lighthouse Program reserves the right to do so.

\_\_\_\_\_  
Tammy Papa, Director

**REGISTRACIÓN PARA EL PROGRAMA DESPUÉS DE  
LA ESCUELA 2012/2013**

Nombre del Estudiante(s):	Sexo:	Raza:	Escuela	SASID#	Grado(8/2012)	Fecha de Nacimiento
1. _____	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
4. _____	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad                      Estado                      Código Postal

Nombre de Los Padres/Encargado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Horas de Trabajo: \_\_\_\_\_ Tiempo Completo  Mitad de Tiempo

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Ingreso anual por casa: \_\_\_\_\_ Miembros de la familia: \_\_\_\_\_

Hogar:     Un Pariente     Dos Parientes     Guardian

**En caso de una emergencia, favor de llamar a:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Niño: \_\_\_\_\_ Teléfono Local: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad                      Estado                      Código Postal

**Persona(s) que tiene permiso a recoger al niño después del programa: (favor notifique si los nombres cambian)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono Local: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono Local: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono Local: \_\_\_\_\_

Le doy permiso al programa "LIGHTHOUSE" para que mi hijo/a reciba atención médica.

\_\_\_\_\_  
Padre/Encargado

Seguro Principal: \_\_\_\_\_ Secundario: \_\_\_\_\_

Mi hijo/a sufre de las siguientes condiciones médicas: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a un plan individual educativo, un diario de Conducta para el día escolar?    Sí     No

¿ Recibe su hijo/a servicios especiales durante el día escolar, tal como reunirse con la trabajadora/o social, un maestro/a de educación especial o el terapeuta de habla?    Sí     No

Mi hijo/a necesita medicamento durante el día:

Tipo de Medicina: \_\_\_\_\_ Hora(s): \_\_\_\_\_

Podrán algunas de estas condiciones impedir su participación en el programa?    Sí     No

Sí, favor de explicar: \_\_\_\_\_

Yo doy permiso para que mi niño/a participe en viajes durante el programa de "LIGHTHOUSE".

\_\_\_\_\_  
Padre/Encargado

Al firmar ésta forma certifico que mi hijo/a es residente de Bridgeport. Además, estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones arriba expuestas incluyendo la Póliza de Lighthouse. También estoy de acuerdo que los archivos académicos de mi niño y las fotos tomadas están disponibles para observar el crecimiento académico del estudiante, así como publicaciones, videos de proyectan y solicitud para fondos. También autorizo el distrito a dar el SASID# de mi niño/a al Programa de Lighthouse con propósitos de reportaje para el estado. ***Soy consciente que un depósito no reintegrable de \$25.00 dólares aplica a esta aplicación para cada niño registrado.***

\_\_\_\_\_  
Padre/Encargado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PÓLIZA DE LIGHTHOUSE PARA LA  
TERMINACIÓN/EXPULSIÓN**

Además de las pólizas y procedimientos en las guías de operación, el programa establece por escrito la siguiente Póliza. El programa mantiene el derecho de solicitar la terminación de cualquier individuo recibiendo fondos del programa de Lighthouse por acciones que puedan arriesgar el bienestar de otros miembros del grupo, trabajadores, o de los estudiantes envueltos en el programa. Además el programa, sus agencias bajo contrato y los trabajadores locales se reservan el derecho de dar de baja a cualquier niño(a) temporalmente o permanentemente del programa, si él/ella no cumple con las reglas de la Junta de Educación, o las reglas de la agencia mientras esté asistiendo al programa del verano o año escolar.

El programa está de acuerdo en repasar todo dato presentado y dar seguimiento con el personal apropiado, antes de que sea tomada una decisión en cualquiera de los incidentes arriba mencionados. Si el acto demandase acción inmediata, el programa de Lighthouse se reserva el derecho de tomarla.

\_\_\_\_\_  
Tammy Paga, Directora