

# Pleasantville Public Schools

Garnell, Bailey, Ph. D  
Superintendent of Schools

## Combining **A**cademics, **R**ecreation & **E**njoyment Pleasantville's 21<sup>st</sup>. Century Community Learning Centers'

Student Name/ Nombre Del Estudiante \_\_\_\_\_ Age/Edad \_\_\_\_\_ Gender: \_\_\_M \_\_\_F  
Genero: Varón Hembra

Student identifies self as:  African American  Hispanic  White  Other

Date of Birth/Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grade/Grado escolar \_\_\_\_\_ Home School/Escuela \_\_\_\_\_  
School Phone Number  
Teléfono de la escuela

Parent/Guardian Name/Nombre de padres/guardianes \_\_\_\_\_ Address/Dirección \_\_\_\_\_

Home Phone Number \_\_\_\_\_ Cell Number \_\_\_\_\_ Work Phone Number \_\_\_\_\_ Employer/Dept./Ext: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la casa Celular Empleo Empleado Departamento

Emergency Contact Person: \_\_\_\_\_ Relationship to child \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia Relación al estudiante Teléfono

Language Spoken at home: \_\_\_\_\_ English as Second Language: \_\_\_Yes \_\_\_No  
Idioma hablado en el hogar: Inglés Como Segundo Idioma: \_\_\_Si \_\_\_No

Shirt Size:      
Talla de camisa: Small Medium Large Other

Student Lunch Status:     
Estatus de Almuerzos Free Reduced Paid

Math Teacher Name: \_\_\_\_\_  
Nombre de maestro de matemáticas:

Please check you interest in attending: Favor de marcar el programa que este interesado en asistir

Summer Program (July 7, 2014 – August 15, 2014) Time: 9:00am-4:00 pm  
Program for students in grades 4<sup>th</sup> – 12<sup>th</sup>

**Return forms to the C.A.R.E. Office  
Middle School Building Room A312  
Pleasantville, NJ 08232  
(609) 383-6800 ext. 4051 or 3074  
Shaner Brown 609-335-9033  
Office Hours 11:00am –3:00pm Monday-Friday**

Please check students' preference of location:

Lugar que es su preferencia

Leeds Avenue School (100 West Leeds Avenue)

South Main Street School (701 South Main Street)

Middle School (801 Mill Road)

I, parent/legal guardian of: \_\_\_\_\_ give my child permission to

Yo, padre/guardián legal de

Autorizo que mi hijo/a

- participate in the 21<sup>st</sup>. Century Community Learning Center after School program, promotions (photos) and evaluation of these programs.
- participe en el programa de 21<sup>st</sup>. Century Community Learning Center, promociones (fotos) y evaluaciones de Este programa.

Yes/Si

No

- I agree to provide The C.A.R.E. Program my child's academic school records including but not limited to: Report cards, test scores & progress reports.
- Estoy de acuerdo de proveer al Programa de C.A.R.E. las notas, exámenes, reportes de progreso de mi hijo/a
- I understand that this is an academic/enrichment program and not childcare and that regular attendance is required.
- Entiendo que esto es en programa académico y no de cuidado, y que mi hijo/a deberá asistir con regularidad.
- I understand that violations as listed in the parent/student handbook could result in the removal from the program.
- Entiendo que la violación estipulada en el manual de padres y estudiantes podrá resultar en el despido del programa.

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nombre padre/guardian:

Firma

Fecha

The C.A.R.E. Program is funded entirely with federal funds from the Title IV, Part B, and 21<sup>st</sup>. Century Community Learning Centers Program in the No Child Left Behind Act of 2001

Our Award is then dispersed through the New Jersey Department of Education

El Programa de C.A.R.E. está financiado en su totalidad con fondos federales del Título IV, Parte B, y 21a. Century Community Learning Centers en el Programa Que Ningún Niño Se quede Atrás del 2001

Nuestro premio se dispersa a través del departamento de educación de New Jersey.



## Student Medical Information

I hereby give permission for any and all medical attention necessary to be administered to my child:

\_\_\_\_\_ in the event of accident, injury, sickness, etc. while they are in the care of the person(s) designated below, until such time as I may be contacted.

- If neither person(s) designated can be contacted, I give my permission for treatment of my child as may be required and determined by the appropriate health care professional who is present.
- This release is effective from (June 2014- August 2014).
- I hereby assume responsibility for payment of such treatment and have attached my child's medical insurance information.

Doy permiso para cualquier y toda la atención médica necesaria para ser administrado a mi niño:

\_\_\_\_\_ en caso de accidente, lesión, enfermedad, etc, mientras que están al cuidado de la persona (s) designada abajo, hasta el momento en que yo sea contactado

- Si ni persona (s) designada puede contactar, doy mi consentimiento para el tratamiento de mi hijo que sea necesario y apropiado determinado por el profesional de la salud que está presente.
- Este lanzamiento es efectiva a partir de (Junio 2014- Agosto 2014)
- Yo asumo la responsabilidad por el pago de dicho tratamiento y ha adjuntado información de mi hijo seguro médico.

Child's Name \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a

Phone (H) \_\_\_\_\_ (W) \_\_\_\_\_ (CELL) \_\_\_\_\_

Teléfono

Address \_\_\_\_\_

Dirección

**In Case, I cannot be reached either of the following is designated:**

**En el caso, no se puede llegar a una de las siguientes es designado**

Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Nombre

Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Nombre

Insurance Policy Number : \_\_\_\_\_

Numero de póliza de seguro medico

Child's Physician: \_\_\_\_\_

Nombre de su pediatra

Physician phone: \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

Teléfono

Dirección

Allergies (include food): \_\_\_\_\_  
Alergias (incluya comida)

Any medical conditions that the program Coordinators may need to know in case of emergencies:  
Cualquier condición médica que los coordinadores del programa es necesario que conozca en caso de emergencias

Any medications your child will have to take during the program hours: \_\_\_\_\_  
Cualquier medicamento que su hijo tendrá que tomar durante las horas del programa

Any information or concerns that you would like the program director to know  
Cualquier información o preocupaciones que le gustaría que el director del programa para saber

Parent/Guardian Name  
Nombre del padre/Guardián

Telephone number  
Número de teléfono

Cell Phone  
Celular





## STUDENT RELEASE FORM

In order to ensure the safety of our students, please complete the form below. List all individuals who are permitted to pick up your child/children from the program. Be assured that your child will only be released to those individuals listed unless otherwise instructed. Please remember to include adult, as well as older siblings.

---

Child's Name \_\_\_\_\_ Site \_\_\_\_\_

Parent's Name \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ My son/daughter may walk home from C.A.R.E.

\_\_\_\_\_ My son/daughter will ride the bus home from C.A.R.E.

\_\_\_\_\_ My son/daughter will be picked up. Below are the person(s) to whom my child must be signed out and released to.

**Person #1** \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_

**Person #2** \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_

**Person #3** \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_



### Personas autorizadas a recoger al estudiante

Con el fin de garantizar la seguridad de nuestros estudiantes, por favor complete el siguiente formulario. Enumere todas las personas que tienen permiso para recoger a su hijo / hijos en el programa. Tenga la seguridad de que su único hijo se dará a conocer a las personas que figuran a menos que se indique lo contrario. Por favor, recuerde incluir adultos, así como los hermanos mayores

Nombre Niño \_\_\_\_\_ Site \_\_\_\_\_

Padres Name \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mi hijo / hija va a viajar en el autobús a casa de la escuela.

\_\_\_\_\_ Mi hijo / hija va a ser recogido. A continuación se presentan a la persona (s) a quien mi niño debe ser firmado y puesto en libertad al cabo.

**Persona # 1** \_\_\_\_\_ Relación al estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Persona # 2** \_\_\_\_\_ Relación al estudiante \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Persona # 3** \_\_\_\_\_ Relación al estudiante \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_