

Start Date: \_\_\_\_\_

### Registration for WE Care Extend Day Program

Student's Full Name: \_\_\_\_\_

Teacher's name and Grade: \_\_\_\_\_ Birthday: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
Street City/ State Zip

Father's Name \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

Mother's Name \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

**The following people have permission to pick up my child from the We Care and also to be contacted In CASE OF ILLNESS OR ANY EMERGENCY. No other person should be allowed to pick them up without notifying the director of the program.**

1. \_\_\_\_\_ Phone# \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Phone# \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Phone# \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

#### Medical Information

Please list any allergies (FOOD, INSECTS, GRASS, POLLEN, ETC) and/or any medical conditions and the instructions to be followed should the condition present during the after school program hours (asthma, diabetes, etc.)

\_\_\_\_\_  
Doctor's Name \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

#### Please read and sign the following statement:

In the case of an emergency such as an accident or serious illness, I understand that the school shall attempt to contact me. If I cannot be reached, I authorize the school to contact the doctor listed on this form and follow the doctor's directions. If the doctor cannot be reached, I authorize the school to take whatever steps seem necessary.

\_\_\_\_\_  
Parent /Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

**Inscripción para el programa de guardería We Care**

Fecha de comienzo: \_\_\_\_\_

Nombre completo del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del maestro y grado escolar: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección:

Calle

Ciudad/ Estado

Código Postal

Nombre del padre

Teléfono

Lugar de trabajo

Teléfono

Nombre de la madre

Teléfono

Lugar de trabajo

Teléfono

Las siguientes personas están autorizadas para recoger a mi hijo/a de la guardería We Care y

también se les puede llamar en caso de enfermedad o emergencia. No se permitirá a ninguna otra

persona recoger al estudiante sin previo aviso a la directora del programa.

1.

Teléfono

Relación

2.

Teléfono

Relación

3.

Teléfono

Relación

**Información médica**

Por favor anote cualquier alergia (COMIDA, INSECTOS, ZACATE/PASTO, POLLEN, ETC) y/o cualquier condición médica y las medidas necesarias en caso de que el estudiante presente síntomas (asma, diabetes, etc.)

Nombre del doctor

Teléfono

**Por favor lea y firme la siguiente declaración:**

En caso de una emergencia, como lo sea un accidente, o enfermedad, yo entiendo que la escuela deberá contactarme. Si no me localizan, yo autorizo al personal de la escuela a que llame al doctor mencionado en esta forma y a que siga las instrucciones del médico. Si el doctor no se encuentra, yo autorizo al personal de la escuela a que tome las medidas necesarias.

Padre/Tutor

Fecha