

**VCUSD EXPANDED LEARNING PROGRAM / PROGRAMA DE APRENDIZAJE AMPLIADO DE VCUSD**

**Registration Form 2023-24 / Formulario de Inscripción 2023-24**

**THIS FORM MUST BE FILLED OUT COMPLETELY / ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD**

<b>Today's Date</b> <i>Fecha de hoy</i>	<b>School</b> <i>Escuela</i>	Is this student low income, English Language learner, or foster youth? (circle if applicable) <i>¿Es un estudiante de bajos ingresos, aprendizaje de inglés, sin hogar o joven de crianza temporal? (Marque con un círculo si es aplicable)</i>
		<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No

**STUDENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

<b>Last Name / Apellido</b>		<b>First Name / Primer Nombre</b>		<b>Middle Name / Segundo Nombre</b>
<b>Birth date / Fecha de nacimiento</b>	<b>Age / Edad</b>	<b>Gender / Género</b>	<b>Grade / Grado Escolar</b>	
/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

**FAMILY INFORMATION / INFORMACIÓN DE LA FAMILIA**

<b>Parent/Legal Guardian Name</b> <i>Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal</i>	<b>Home Address</b> <i>Domicilio</i>	<b>Phone Number</b> <i>Número de Teléfono</i>
<b>Parent/Legal Guardian</b> <i>Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal</i>	<b>Home Address</b> <i>Domicilio</i>	<b>Phone Number</b> <i>Números de Teléfono</i>

**Elementary Students** are not allowed to release themselves from the program. A parent/legal guardian or authorized adult (18 or older) must sign the student out each day. We may check identification - **Los Estudiantes de Primaria no tienen permitido firmar su propia salida del programa. Un padre/madre/tutor o adulto autorizado (mayor de 18 años de edad) debe firmar la salida del estudiante todos los días. Puede que revisemos la identificación.** **Middle School Aged Students** may sign themselves out to walk home only with parent/legal guardian permission. Please sign at OTHER CONSENT ITEMS (see below) to indicate permission. **Los estudiantes de secundaria pueden firmar su propia salida y caminar a casa solo con el permiso del padre/madre/tutor. Favor de firmar la sección de OTROS ASUNTOS DE CONSENTIMIENTO (ver abajo) para indicar su permiso**

**OTHER AUTHORIZED PERSONS / OTRAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL ESTUDIANTE**

<b>Name / Nombre</b>	<b>Phone / Números de Teléfono</b>	<b>Relationship / Parentesco</b>
		<input type="checkbox"/> Family / Familiar <input type="checkbox"/> Friend / Amigo(a)
		<input type="checkbox"/> Family / Familiar <input type="checkbox"/> Friend / Amigo(a)

**CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT / CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO**

<b>Emergency Contact (in the event parent/legal guardian cannot be reached)</b> <i>Contacto de Emergencia (en caso de que no se pueda contactar al padre/madre/tutor)</i>	<b>Relationship to Student</b> <i>Parentesco con el Estudiante</i>	<b>Phone Number</b> <i>Número de Teléfono</i>	<b>Work Phone</b> <i>Número de Teléfono del Trabajo</i>

<b>Insurance Provider</b> <i>Proveedor de Seguro</i>	<b>Primary Care Physician</b> <i>Médico de Cabecera</i>	<b>Known Allergies</b> <i>Alergias Conocidas</i>

**EMERGENCY MEDICAL CARE:** In the event of serious injury requiring immediate medical care, I do hereby consent to whatever x-ray examination, anesthetic, medical, surgical or dental diagnosis or treatment, emergency transportation, and hospital care of student considered necessary in the best judgment of the attending physician, surgeon, or dentist and performed under the supervision of a member of the medical staff of the hospital or facility furnishing medical or dental services. **ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:** En el caso de una lesión grave que requiera atención médica inmediata, doy mi consentimiento para cualquier examen de rayos X, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico, quirúrgico o dental, transporte de emergencia y atención hospitalaria del estudiante que se considere necesario en el mejor juicio del médico tratante, cirujano o dentista y realizado bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o instalación que proporciona servicios médicos o dentales.

\_\_\_\_\_  
*Parent/Guardian signature (must be ink signed) / Firma del Padre/Madre/Tutor (debe firmar con tinta)*

\_\_\_\_\_  
*Date / Fecha:*

**OTHER CONSENT ITEMS / OTROS ASUNTOS DE CONSENTIMIENTO**

**MEDIA RELEASE:** I give permission to Expanded Learning staff to use images of my child for the purpose of projects (yearbook, PowerPoint presentations, and promotional media). **COMUNICADO DE PRENSA:** Doy permiso al personal del Programa de Aprendizaje Ampliado para usar imágenes de mi hijo(a) para proyectos (anuario, presentaciones de PowerPoint, y medios promocionales)

\_\_\_\_\_  
*Parent/Guardian signature (must be ink signed) / Firma del Padre/Madre/Tutor (debe firmar con tinta)*

\_\_\_\_\_  
*Date / Fecha:*

**PERMISSION TO WALK HOME (MIDDLE SCHOOL ONLY):** I give permission for Expanded Learning staff to release my child to walk home at the conclusion of the program. **PERMISO PARA CAMINAR A CASA (SOLAMENTE PARA LA ESCUELA SECUNDARIA):** Doy permiso para que el personal del Programa de Aprendizaje Ampliado permita que mi hijo(a) camine a casa al finalizar el programa.

\_\_\_\_\_  
*Parent/Guardian signature (must be ink signed) / Firma del Padre/Madre/Tutor (debe firmar con tinta)*

\_\_\_\_\_  
*Date / Fecha:*