



## ASCS Student School and After School Program Data Form 2019-2020

*(Please completely fill out the front and back of this form)*

Child's Name/ <i>Nombre del niño</i>	Social Security #/ <i>Número de Seguro Social del Estudiante</i>	Date of Birth/ <i>fecha de nacimiento</i>	Sex/ <i>sexo</i>	Grade/ <i>grado</i>
Address/ <i>dirección</i>		Home Phone/ <i>teléfono casa</i>		
Religion/ <i>Religión</i>		Church/ <i>Iglesia</i>		
Previous Child Day Care Programs and Schools Attended/ <i>Escuelas atendidas previamente y guarderías</i>				

### **PARENT(S)/LEGAL GUARDIAN(S)-Padre(s)/ Representante(s)**

Father or Legal Guardian other than father or mother/ <i>Padre o tutor legal que no sea el padre o la madre</i>	Occupation/ <i>Ocupación</i>  Place Employed/ <i>Lugar de empleo</i>	Business Phone/ <i>teléfono de trabajo</i>  Email Address/ <i>Dirección de correo electrónico</i>
Home Address/ <i>Dirección de casa</i>		Cell Phone/ <i>telf. celular</i> Home Phone/ <i>teléfono de casa</i>
Mother/ <i>madre</i>	Occupation/ <i>Ocupación</i>  Place Employed/ <i>Lugar de empleo</i>	Business Phone/ <i>teléfono de trabajo</i>  Email Address/ <i>Dirección de correo electrónico</i>
Home Address/ <i>dirección de casa</i>		Cell Phone/ <i>telf. celular</i> Home Phone/ <i>teléfono de casa</i>
Brothers & Sisters (Names & Ages) <i>Hermanos y Hermanas (Nombres y Edades)</i>		
Lives with: Both Parents _____ Mother Only _____ Father Only _____ Shared Time _____ Other _____ <i>En casa:      Los Dos Padres      Solo la Madre      Solo el Padre      tiempo compartido      Otro</i>		

### **EMERGENCY INFORMATION/ INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA**

Allergies or Intolerance to Food, Medication, etc., and Action to Take in an Emergency/ <i>Alergias o intolerancia a comida, medicamento, etc.</i>	
Chronic Physical Problems/Pertinent Developmental Information/Special Accommodations Needed/ <i>Problemas físicos crónicos/ información de desarrollo pertinente/ acomodaciones especiales necesarias</i>	
Child's Physician/ <i>Pediatra del niño</i>	Phone/ <i>teléfono</i>

Names of persons to be reached if parent/guardian cannot be reached (must provide two) <i>Nombres de personas a llamar en caso de no poder contactar a los padres (por lo menos 3)</i>	Address (please include city, state and zipcode) <i>Dirección</i> (incluir ciudad, estado y código postal )	Phone / teléfono
1.	1.	1.
2.	2.	2.
Person(s) Authorized to Pick Up Child* <i>Persona(s) autorizadas para recoger al niño*</i> 1. 2. 3. 4.		Person(s) NOT Authorized to Pick Up Child * <i>Persona (s) NO autorizada (s) a recoger al niño *</i> 1. 2. 3. 4.

\* Appropriate paperwork such as custody papers shall be attached if a parent is not allowed to pick up the child.

\* Section 22.1-4.3 of the Code of Virginia states that unless a court order has been issued to the contrary, the noncustodial parent of a student enrolled in a public school or day care center must be included, upon the request of such noncustodial parent, as an emergency contact for events occurring during school or day care activities.

\* *Si un padre no esta autorizado para buscar a su hijo; deberán ser presentados los documentos necesarios tales como documentos de custodia junto a esta planilla.*

\* *Según la sección 22.1-4.3 del código de Virginia; el padre que no posea la custodia del niño y que este matriculado en una escuela publica o guardería deberá ser incluido en la página de contactos de emergencia para eventos que ocurran durante la escuela o durante las horas de guardería, a menos que una orden de la corte especifique lo contrario.*

### Check here and complete below if your child will attend our after-school program

*Maque aquí y complete a continuación si su hijo va a asistir a nuestro programa de cuidado de niños después de la escuela*

<p>The ASCS After-School Program operates from 3:00 PM - 6:00 PM on regular school days. A late fee of \$10.00 applies for all children picked up after 6:00 PM. The After-School Program operates ONLY when school is in session and is for students enrolled in All Saints Catholic School.</p> <p>One Child - <b>\$50.00</b> per week for 4, or 5 days; Each additional child per family - <b>\$25</b> per week  <b>\$12.00</b> for 1 day; \$24 for 2 days; \$36 for 3 days  Special activities may have an additional charge.  Fees are due in the week following the ASP attendance. <b>If your account becomes past due, you will be notified and the child/children will not be permitted to attend the ASP until payment is made and the account is current.</b></p>	<p><i>El Programa de Después de la escuela opera desde las 3:00 p.m. hasta las 6:00 p.m durante los días regulares; El programa de después de la escuela opera SOLO cuando hay escuela y es para los estudiantes que estén matriculados en el colegio Todos los Santos</i>  <i>Un niño - \$50 la semana por 4 o 5 días; Cada niño adicional por familia - \$25 por semana</i>  <b>\$ 12.00 por 1 día; \$ 24 por 2 días; \$ 36 por 3 días</b>Las tarifas deberán ser pagadas la semana siguiente de la asistencia del niño al programa de después de la escuela. <b>Si su cuenta se pasa de la fecha, usted será notificado y su niño (s) no podrán asistir al programas de después de la escuela hasta que se haga el pago y la cuenta este al día.</b></p>
<p><b>AGREEMENTS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>The after school program agrees to notify the parent(s)/guardian(s) whenever the child becomes ill and the parent(s)/guardian(s) will arrange to have the child picked up as soon as possible if so requested by the After School Program.</li> <li>The parent(s)/guardian(s) authorize the after school program to obtain immediate medical care if any emergency occurs when the parent(s)/guardian(s) cannot be located immediately. **</li> <li>The parent(s)/guardian(s) agree to inform the school within 24 hours or the next business day after his child or any member of the immediate household has developed a reportable communicable disease, as defined by the State Board of Health, except for life threatening diseases which must be reported immediately.</li> </ol> <p>** If there is an objection to seeking emergency medical care, a statement should be obtained from the parent(s) or guardian(s) that states the objection and the reason for the objection.</p>	<p><b>ACUERDOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>El programa de después de la escuela notificara al padre (s) o representante (s) si el niño se enferma y el padre o representante se encargara de buscar o mandar a buscar al niño lo antes posible si así lo requiera el programa de después de la escuela.</li> <li>El padre o representante autoriza al programa de después de la escuela a obtener ayuda medica inmediata si ocurre alguna emergencia y el padre o representante no puede ser localizado inmediatamente.</li> <li>El padre o representante se compromete en informar a la escuela durante las 24 horas siguientes si su niño o alguna persona de la casa ha desarrollado una enfermedad que debe ser reportada, definida por el State Board de la Salud. Exceptuando aquellas enfermedades que presentan riesgos vitales; en esos casos se deberá reportar inmediatamente.</li> </ol> <p>** Si hay un impedimento que nos impida buscar ayuda medica en caso de emergencia, deberán presentar una carta firmada por el padre o representante indicando el motivo del impedimento.</p>

### **SIGNATURES/ Firmas**

Parent(s) or Guardian(s)/ *Padre o representante* \_\_\_\_\_ Date /Fecha \_\_\_\_\_

Administrator of ASP/*Administrador* \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_

Date Child Entered ASP/ *Fecha de entrada del niño* \_\_\_\_\_ Date Left ASP/*Fecha de salida* \_\_\_\_\_

### **Office Use Only – Identity Verification**

If proof of identity is required and a copy is not kept, please fill out the following.

Place of Birth	Birth Date	Birth Certificate Number	Date Issued
Other Form of Proof	Date Documentation Viewed		Person Viewing Documentation

Date of Notification of Local Law-Enforcement Agency (when required proof of identity is not provided): \_\_\_\_\_