mission graduates

Extended Day Program Application 2014-2015
Solicitud – Programa de dia extendido
3125 Cesar Chavez, San Francisco, CA 94110
415-864-5205

Youth Information/*Información Sobre el estudiante*	
Date/*Fecha*	
Name/*Nombre*	
Home Phone/*Teléfono de casa*	
Home Address/*Dirección de casa*	
Grade/*Grado*	Ethnicity/*Grupo Étnico*
Birthday/*Cumpleaños*	Teacher/*Maestro*

Medical Information/*Información Médica*
Family Doctor/*Médico de la Familia:*
Doctor's Phone/*Teléfono del Médico:*
Medical Insurance/*Seguro Médico:*
Policy Number/*Número de Seguro Médico:*
Does your child have any major health issues? / *Tiene su hijo/a alguna condición médica?* ☐ Allergies/*Alergias* ☐ Asthma ☐ Diabetes Other/*Otro problema Médico*:_____ _____
Please list any medications that your child takes./*Por favor liste las medicinas que toma su hijo/a.* _____ _____

Parent-Guardian Information/ *Información de los Padres y Encargados*	
1. Parent or Guardian/*Nombre de Padre o Encargado*	
Relationship/*Relación*	Preferred Language/*Idioma Preferido*
Home Phone/*Tele de Casa:* Work Phone/*Teléfono del Trabajo:* Cell Phone/*Celular:*	
Address (if different from youth)/*Dirección (si diferente de la de su hijo/a):*	
2. Parent or Guardian/*Nombre de Padre o Encargado*	
Relationship/Relación	Preferred Language/*Idioma Preferido*
Home Phone/*Tele de Casa:* Work Phone/*Teléfono del Trabajo:* Cell Phone/*Celular:*	
Address (if different from youth)/*Dirección (si diferente de la de su hijo/a):*	

Emergency Information/*Información de Emergencia:* Please list one person NOT A PARENT, who we can call in case of an emergency./*Por favor dénos los nombres de una persona QUE NO SEA PADRE a la cuál podemos llamar en caso de emergencia*
Name/*Nombre:*
Relationship/*Relación:*
Phone/*Teléfono:*
Address/*Dirección:*

A copy of these agreements will also be given to all students the first day of program./*Vamos a dar una copia de estos acuerdos a todos los estudiantes el primer día del programa.*

Program Agreements

1. Stay on school grounds and in assigned areas during program time and stay with the group if on a field trip.

2. Use appropriate language at all times to peers and adults. Appropriate language is respectful and polite. Name calling, insults, or slurs will not be tolerated.

3. Keep our hands, feet, and objects to ourselves, and use our bodies safely. (No fighting, play-fighting, or inappropriate touching)

4. Respect public and private property by keeping walls, bathrooms, playground, classrooms, and planted areas neat and clean. If it doesn't belong to us, we leave it alone!

5. Bring to school only items that help us learn (we leave toys, weapons or toy weapons, gum, water balloons, and valuables at home).

6. We are responsible for our learning by participating with our group, doing our best work, listening when someone is talking, and completing our homework.

Acuerdos del Programa

1. Quedarse en la escuela y en los espacios designados durante las horas del programa y quedarse con el grupo durante los paseos.

2. Usar lenguaje apropiado con compañeros y adultos. Usar Lenguaje apropiado es respetuoso y cortés. No toleramos groserías ni insultos.

3. No manosear a nadie ni con los pies, ni con otros objetos. Mantener sobre todo la seguridad personal. (No pelear, fingir peleas, y tocar de una manera inapropiada.)

4. Respetar la propiedad privada y pública al mantener limpios y ordenados salones, los baños, las paredes, el patio y los jardines. ¡Si algo no nos pertenece pues no lo tocamos!

5. Solo traemos a la escuela las cosas que necesitamos para aprender. (Dejamos juguetes, armas o armas de juego, chicle, bombas de agua, y cosas de mucho valor en la casa)

6. Somos responsables de nuestro propio aprendizaje y participamos con nuestro grupo; siempre damos lo mejor de nosotros mismos, y hacemos nuestras tareas.

PARENT CONSENT – PLEASE SIGN BELOW

- I give permission for my child to join the Mission Graduates 2014-2015 Extended Day Program.

- If my student has FIVE unexcused absences per semester, my space will be given to a student on the waiting list.

- I give permission for my child to receive emergency medical treatment if needed.

- I give my permission for my child to be photographed, videotaped, and/or audio-taped for the purposes of students' learning and/or publicity for Mission Graduates Programs.

- I understand and will reinforce the Mission Graduates Program Agreements. I also understand that the Mission Graduates Program does not have an open door policy, and students may not come and go as they please. ***Enrolled students are expected to stay with the program each day from 2:40pm – 6:00 pm*** Mission Graduates is not responsible for participants who choose not to come on a particular day or who choose to leave early.

- I agree to hold harmless Mission Graduates and its partners, directors, officers, employees, and volunteers from any and all liabilities, demands, or claims for damage.

CONSENTIMIENTO DE PADRE/ENCARGADO - FAVOR DE FIRMAR

- Yo doy permiso a mi hija/o de hacerse miembra/ del programa de dia extendido el año 2014 -2015 con Mission Graduates.

- Si mi hijo/a está ausente CINCO días sin excusa, daría mi cupo a otro estudiante en la lista de interés.

- Doy mi permiso para que mi hija/o reciba tratamiento médico urgente si es necesario.

- Doy mi permiso para que tomen fotos, video, y audiocasette de mi hijo/a para el propósito del aprendizaje de los jóvenes y para la publicidad de Mission Graduates.

- Entiendo los acuerdos del programa y estoy dispuesto/a apoyarlos. También entiendo que el Programa del Centro de Tutoría de Mission Graduates no permite que los participantes asistan a su antojo. ***Se espera que los participantes se queden con el programa desde las 2:40pm hasta las 6:00 pm.*** No podemos trabajar con participantes que deciden no venir un día o que escogen irse temprano.

- Estoy de acuerdo en dejar libre de responsabilidades a Mission Graduates y a sus asociados, directores, oficiales, empleados y voluntarios en el caso de cualquier reclamo y/o demanda.

_____ _____
SIGNATURE DATE

_____ _____
FIRMA FECHA

Permission Slip for Walking Field Trips
Extended Day Program 2014-2015

Dear Parents/Guardians,
We take a number of walking field trips during the year. These walking field trips include, but are not limited to:

- Library (Mission Branch)
- Dolores Park, Garfield Park
- Other safe places in the community (i.e. community gardens, other library branches…)

AUTHORIZATION TO TREAT MINOR: In the event that I, or my physician of record, cannot be reached in an emergency, I hereby give permission to Mission Graduates staff to secure proper treatment for my child.

WAIVER OF CLAIM: I understand that Mission Graduates and its partners cannot assume responsibility for injury, death, or property damage, not due to their negligence. I agree to hold harmless Mission Graduates and its partners, their directors, officers, employees, agents and volunteers from any and all liabilities, demands, or claims for damage.

I hereby grant permission for my son/daughter

_____
(Name of Student)
to participate in multiple walking field trips during the 2014-2015 school year Monday – Friday between 2:40pm-6:00pm. I understand that all students going on these trips must follow the agreements of the program and the instructions of the group leader and volunteers at all times. I also understand that students will return to Marshall Elementary School by 6:00pm and that I will be responsible for picking up my son/daughter at this time.

_____
Parent/Guardian Name

_____ _____
Parent/Guardian Signature Date

_____
Emergency Phone Number

Permiso para Pasear a Pie en el Vecindario
Programa después de escuela 2013-2014

Padres/ Encargados Familiares,
Durante las horas del programa, iremos a pie a varios lugares dentro del Vecindario. Algunos de estos paseos a pie pueden ser pero no son limitados a:

- la biblioteca (Misión y calle 24)
- Parque Dolores, Parque de Garfield
- y otros "lugares seguros" dentro de la comunidad (jardines comunitarios, otras bibliotecas…)

AUTORIZACIÓN PARA DAR TRATAMIENTO MÉDICO A UN MENOR: En caso de presentarse una emergencia, si yo o el doctor de mi hijo/a no podemos ser localizados, doy permiso al personal de Mission Graduates para que asegure que mi hijo/a reciba el tratamiento de emergencia adecuado.

RENUNCIA DE HACER RECLAMO: Comprendo que Mission Graduates y sus asociados no pueden asumir responsabilidad por cualquier riesgo de accidente, muerte, o daños a propiedad que no sea causado por su negligencia. Estoy de acuerdo en librar de responsabilidad Mission Graduates y sus asociados, sus directores, oficiales, empleados, agentes, y voluntarios.

Doy permiso para que mi hijo/a

_____
(Nombre de hijo/a)
da a pie a varias excursiones dentro del vecindario entre el tiempo del programa de día extendido (2:40pm-6:00pm). Comprendo que todos los estudiantes que participarán en estas excursiones son responsables de mostrar siempre buena conducta con los maestros y con todos los adultos que los acompañarán. También, comprendo que los estudiantes regresarán a la escuela Marshall después de tales paseos antes de las 6:00 p.m. y que debo recoger a mi hijo/a a ésta hora.

_____
Nombre de Padre/Encargado

_____ _____
Firma Fecha

_____
Numero de Emergencia

Student Release Form

Student Name:_____

For purposes of Mission Graduates, I authorize my child to be released from the program only with the following adults or young adults over the age of 12. (Please list the first and last name of the person/s.)

Name	Relationship	Phone Number

PLEASE CHECK ONE: For purposes of Mission Graduates Extended Day Program, my child can walk home alone from the after school program (fifth graders only).

YES_____ ***NO***_____

If you have a concern about an individual coming to pick up your child, please write name below and speak to the program director as soon as possible. _____

I understand that youth will not be released to an adult not on this form and that any changes need to be made in person, over the phone, or in writing.

_____

Parent Signature Date

Forma de Adultos Autorizados para Recoger a su hijo/hija:

Nombre del Estudiante:_____

De acuerdo con lo reglamentado por el programa Mission Graduates, yo autorizo a que mi hijo/a sea recogido del programa solamente con los siguientes personas mayores de 12 años.

Nombre	Relación	Número de teléfono

POR FAVOR ESCOGE: De acuerdo a lo reglamentado por el programa después de escuela, mi hijo/hija PUEDE irse a solas desde el programa hasta nuestra casa (solo los estudiantes de quinto grado). ***Sí***_____ ***No***_____

Si hay un adulto que no está autorizado de recoger a su hijo/a, por favor escriba el nombre y hable con la directora del programa lo más pronto posible._____

Yo entiendo que mi hijo/a no puede irse con ninguna persona que no esté en ésta lista y que si necesito cambiar ésta lista debo hacerlo en persona, por teléfono o por escrito.

_____

Firma del Padre Fecha

Program Participation: Check Options

_____**Full Attendance:** $100 registration fee or the school year—total amount due August 31, 2014. This is available to students who meet the following criteria:

- Your Child commits to the attendance policy and Can attend the Extended Day program Monday-Friday 2:40pm-6:00pm.
- Eligible for free or reduced lunch.
- Reading one or more grade levels below current grade or other academic gaps, or English Language Learners.

_____**Flexible Attendance:** $100 registration fee and then monthly payments based on days of attendance. Payments due monthly. This is available to students who:

- Need flexibility in afterschool attendance. Allows for those students who have other commitments or alternative activities during after school hours to attend the program at families discretion.
- Monthly Fees based on confirmed days of attendance: (choose option)
  - _____2 days a week- $175 a month
  - _____3 days a week- $225 a month
  - _____5 days a week- $350 a month

Participación en el Programa: Escoja una de las opciones

_____**Asistencia completa:** cuota de inscripción de $100.00 para el año escolar — cantidad total se debe pagar antes del 31 de agosto de 2014. Esto está disponible para los estudiantes que cumplan con los siguientes requisitos:

- Su hijo/a se compromete a las reglas sobre el asistencia y puede asistir al Programa de Después de Escuela 2:40-6:00 de lunes a viernes.
- Su hijo/a es elegible para almuerzo gratis o reducido.
- Su hijo está leyendo a un nivel bajo el promedio de su grado, es aprendiz de inglés o está experimentando algunas brechas académicas.

_____**Asistencia flexible:** cuota inicial de inscripción de $100 y luego mensualidades basados en días de asistencia. Los pagos tienen un vencimiento mensual. Esto está disponible para estudiantes que:

- Desean flexibilidad en la asistencia después de la escuela. Las cuotas mensuales son basadas sobre el número días de asistencia por semana:
  - _____2 días a la semana - $175 mensuales
  - _____3 días a la semana - $225 por mes
  - _____5 días a la semana - $350 por mes