

CONNECTIONS Communications



News from the CONNECTIONS Program, a program of the Holyoke Public Schools

David L. Dupont, Superintendent

Kelly School

September 3, 2010

Dear Parent/Guardian:

Your child is invited to participate in The CONNECTIONS After-School Program for student's grades 5-8 at Kelly School. The program is free for all students, as well as transportation home at the end of the program for eligible bus students.

The after-school program operates from 2:52 - 5:50 p.m. Monday through Thursday, October 4th, 2010 through June 2nd, 2010. The program is offered in 4 sessions, each being 8 weeks long. The CONNECTIONS Program consists of a half-hour snack/socializing period followed by a 1-hour workshop in which your child will receive academic support. After the academic workshop, your child has the opportunity to attend an enrichment club of their choice. Some clubs will be staffed by Holyoke Public School teachers and others by staff from the Girl Scouts of Western Massachusetts, School Sprouts Educational Gardens, Next Level Adventures and other agencies and professionals.

If your daughter or son is interested in participating in the program, please fill out and return the attached forms to your child's teacher no later than Monday, September 25th, 2010.

Space is very limited in the CONNECTIONS program. If your child is not among the first to register, he/she will be placed on a waiting list. This is not a drop in program. Attendance is very important and students must make a commitment to attend regularly in order to benefit from and remain in the program.

If you have questions about the after-school program, please contact Mr. Jorge Castellano, Director for the program at 534-2168. **We are looking forward to a successful year of The CONNECTIONS Program and hope your child will join us.**

Sincerely,

Jorge L. Castellano, Director

CONNECTIONS Communications



News from the CONNECTIONS Program, a program of the Holyoke Public Schools

David L. Dupont, Superintendent

Kelly School

3 de septiembre de 2010

Estimados Padres/Encargados:

Su niño está invitado a participar en el Programa CONNECTIONS después de horas escolares para estudiantes en los grados de 5-8. El programa llevará acabo en las escuelas Kelly. El programa es gratis y se dará transportación al hogar al fin del programa para todos los estudiantes elegibles para el autobús.

El programa en todas las escuelas funciona de 2:52 - a 5:50 p.m. de lunes a jueves, el 4 de octubre del 2010 hasta el 2 de junio del 2010. El Programa le ofrece 4 sesiones y cada una dura 8 semanas. El Programa CONNECTIONS consiste de un un período de media hora para merienda y para socializar, seguido de un taller de 1 hora en el cual su niño/a recibirá el apoyo académico y/o la ayuda de tareas. Después del taller académico, su niño/a tiene la oportunidad de asistir a un club de enriquecimiento de su opción. Algunos clubes serán proveídos con personal de Maestros de las Escuelas Públicas de Holyoke y otras agencias.

Si su hijo/a está interesado en participar en el programa, favor llenar y devolver las formas adjuntas con su niño/a no más tardar, 25 de septiembre de 2010.

El espacio es muy limitado en el programa **CONNECTIONS**. Si su niño no está entre los primeros para registrarse, él/ella será puesto en una lista de espera. **La asistencia es muy importante y los estudiantes deben hacer un compromiso de asistir con regularidad a fin de beneficiarse de y permanecer en el programa.**

Si usted tiene preguntas sobre el programa, por favor comunicarse con el Sr. Jorge L. Castellano, Director del programa al tel. 534-2168. **Esperamos tener un año exitoso del Programa CONNECTIONS y esperamos que su niño/a se una a nosotros.**

Sinceramente,

Jorge L. Castellano, Director

CONNECTIONS Program REGISTRATION FORM

Please complete and return to the main office at your school by September 25th, 2010

After-School program site: PECK School

Grade: _____

Student's last name

Student's first name

Street address

Parent/guardian name

Home phone / cell phone

1. Emergency contact name

Emergency phone

2. Emergency contact name

Emergency phone

Please check how your child will get home from the program:

_____ Needs a bus ride home _____ Will walk home _____ Will be picked up

Does your child have any health issues? If so, please describe.

Does your child take medication? If so, please describe.

Doctor name and phone number _____

Please check the days of the week your child is interested in participating in the CONNECTIONS Program.

Monday Tuesday Wednesday Thursday

Please check the appropriate box next to the four requested permission/release forms below and return with CONNECTIONS Program Registration Form.

Yes No

___ ___ I give permission to the Holyoke Public School and its media outlets to film, interview and/or photograph my child for television, newspaper, photo and/or movie use.

___ ___ I give my child permission the use the Internet under teacher supervision in accordance with the Computer Use Policy in the Student Handbook of the Holyoke Public Schools.

___ ___ I give my permission to allow the school to share any academic/testing information contained in Individual Student Success Plans with After School Program staff in order that my child's academic needs be addressed.

___ ___ I give permission for my child to participate in the CONNECTIONS program student survey. I understand this is an anonymous survey that will measure risk-taking behaviors, study skills, and time management both at the beginning of the program and at the end of the program.

Parent Signature

Date

FORMA DE REGISTRACION del Programa CONNECTIONS

Por favor llene y devuelva esta forma no mas tarde del 25 de Septiembre del 2010

Escuela que asistirá: PECK School

Grado: _____

Apellido del Estudiante

Primer Nombre

Dirección

Nombre del Padre/Encargado

Número de teléfono

1. Nombre de persona en caso de emergencia

Numero

2. Nombre de persona en caso de emergencia

Numero

Por favor marque como su hijo/a llegara a su casa después del programa:

_____ Mi hijo/o requiere transportación en la guagua _____ Caminara a la casa _____ Se recogerá

¿Tiene su hijo/a algún problema de salud? Si la respuesta es si, Por favor describa.

¿Toma algún medicamento? Si la respuesta es si, Por favor describa.

Nombre y número del Doctor: _____

Cheque Ud. el día o días de la semana que usted quiera asistir al Programa de CONNECTIONS.

Lunes Martes Miércoles Jueves

Favor de marcar la caja apropiada al lado de las cuatro formas solicitadas de permiso y devolverla con la forma de registración del Programa "CONNECTIONS".

Yes No

- ____ Yes ____ No Doy permiso a la Escuela Pública de Holyoke y sus medios de comunicación para filmar, entrevistar y/o fotografiar a mi hijo/a para la televisión, prensa, periódico y/o uso de película.
- ____ Yes ____ No Doy permiso a mi hijo/a de usar la Internet bajo la supervisión del maestro de acuerdo con la Póliza de Uso de Computadora en el Manual del Estudiante de las Escuelas Públicas de Holyoke.
- ____ Yes ____ No Doy mi permiso para que la escuela comparta cualquier información académica contenido en el Plan Individual del Estudiante con el Programa después de horas escolares para que las necesidades académicas de mi hijo/a sean dirigidas.
- ____ Yes ____ No Doy permiso para que mi hijo/a participe en la encuesta entre los estudiantes del programa CONNECTIONS. Entiendo que esto es una encuesta anónima que medirá las conductas de riesgo, técnicas de estudio, y maneja miento del tiempo tanto en el inicio del programa y al final del programa.

Firma del Padre/Encargado

Fecha