

# CONNECTIONS PROGRAM REGISTRATION FORM

## STUDENT/FAMILY INFORMATION:

School: \_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Student's last name

\_\_\_\_\_  
Student's first name

\_\_\_\_\_  
Street address

\_\_\_\_\_  
Parent/guardian name

\_\_\_\_\_  
Home phone / cell phone

\_\_\_\_\_  
Email

**Please check the days of the week and club your child is interested in participating.**

Monday

Tuesday

Wednesday

Thursday

## LANGUAGE PREFERENCE:

English

Spanish

Other

## EMERGENCY CONTACT INFORMATION:

\_\_\_\_\_  
1. Emergency contact name

\_\_\_\_\_  
Relationship to Student

\_\_\_\_\_  
Phone Number

\_\_\_\_\_  
2. Emergency contact name

\_\_\_\_\_  
Relationship to Student

\_\_\_\_\_  
Phone Number

## MEDICAL INFORMATION:

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

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

Doctor name and phone number: \_\_\_\_\_

## TRANSPORTATION:

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

Needs a bus ride home

Will walk home

Will be picked up

Regular Bus Stop: \_\_\_\_\_

# CONNECTIONS PROGRAM PERMISSION FORM

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/student for television, newspaper, photo and/or movie use.
- I give my child/student 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/student's academic needs be addressed.
- I give permission for my child/student 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.

Do you want to complete a CORI (limited background check) in order to attend field trips with your child/student? (Please call with any questions)  Yes  No

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

\_\_\_\_\_  
Date

# Formulario de Registración del Programa Connections

## INFORMACION DEL/LA ESTUDIANTE y LA FAMILIA:

Escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Apellido del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Primer Nombre

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Encargado

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Correo Electrónico

**Cheque Ud. el día o días de la semana que el estudiante quiera asistir al Programa de Connections:**

lunes

martes

miércoles

jueves

## LENGUAJUE PREFERIDA:

Inglés

Español

Otro

## CONTACTOS en caso de EMERGENCIA:

\_\_\_\_\_  
1. Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación al/la estudiante

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
2. Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación al/la estudiante

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

## INFORMACION MÉDICA:

¿Tiene el/la estudiante algún problema de salud? Si la respuesta es si, por favor describe:

¿Toma algún medicamento? Si la respuesta es si, por favor describe:

Nombre y número del Doctor: \_\_\_\_\_

## TRANSPORTE:

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

Mi hija/o requiere transportación en la guagua

Caminará a la casa

Se le recogerá

Parada de guagua normal: \_\_\_\_\_

# Formulario de Permiso del Programa Connections

Por favor, marcar la caja apropiada al lado de las cuatro formas solicitadas de permiso y devolverla con la forma de registraci3n del Programa Connections.

S3 No

- Doy permiso a la Escuela P3blica de Holyoke y sus medios de comunicaci3n para filmar, entrevistar y/o fotografiar a mi hijo/a/estudiante para la televisi3n, prensa, peri3dico y/o uso de pel3cula.
- Doy permiso a mi hijo/a/estudiante usar la Internet bajo la supervisi3n del maestro de acuerdo con la P3liza de Uso de Computadora en el Manual del Estudiante de las Escuelas P3blicas de Holyoke.
- Doy mi permiso para que la escuela comparta cualquier informaci3n acad3mica contenido en el Plan Individual del Estudiante con el Programa despu3s de horas escolares para que las necesidades acad3micas de mi hijo/a/estudiante sean dirigidas.
- Doy permiso para que mi hijo/a/estudiante participe en la encuesta entre los estudiantes del programa CONNECTIONS. Entiendo que esto es una encuesta an3nima que medir3 las conductas de riesgo, t3cnicas de estudio, y maneja miento del tiempo tanto en el inicio del programa y al final del programa.

¿Est3 interesado en completar un chequeo limitado criminal (CORI) para asistir a las excursiones con su hijo(a)/estudiante? *(Por favor, llame con preguntas)*  S3  NO

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/la madre/encargado(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha