

Padua Academy 2014-2015  
**After School Care Program Registration**

**PURPOSE**

The purpose of the Padua Academy after school program is to provide your child(ren) with academically enriching opportunities in a safe and loving environment after school. This program is funded in part by the 21<sup>st</sup> Century Community Learning Centers Grant. The goal of this grant is to help improve math and reading skills, provide additional access to library to enhance learning, and to provide help with academics. There will be a variety of enrichment programs that will include Physical Education, Art, Music, and foreign languages. It is an opportunity for students to learn new skills and extend their academic abilities after the school day has ended.

**FEE STRUCTURE**

1. Rates are \$1 per day per child or \$5 per week.
2. All families will be set up to pay their fees through the school office

Families who are more than 2 weeks behind in payments will be asked not to return until the bill is paid.

**PENALTY RATE**

1. Any time after 6:05pm a rate of \$20 per family regardless of the reason. Time will be determined by the school's clock.
2. A \$10.00 penalty charge for late fees or returned checks

**HOURS**

The after school program will be provided on regular school days from the end of the school day until 6pm. Snack will be provided. The after school program will not be provided on half days.

### **SPECIAL NOTES**

The staff should be notified when a child is participating in any other after school activities.

Students who need to leave the program for a sporting activity will sign out at the time designated by their parents. STUDENTS DISMISSED FOR PRACTICES AND OTHER ACTIVITIES MUST HAVE A PERMISSION SLIP SIGNED WITH THE TIME THEY NEED TO BE DISMISSED. A COACH OR OTHER DESIGNATED ADULT MUST SIGN THEM OUT.

After Care personnel will have the slips, as well as coaches. No child will be allowed to leave without a permission slip from their parents.

### **STAFFING**

Many school day teachers will be staffing the program as well as other competent and supportive staff.

### **EXPECTATION OF STUDENTS**

Programming partners for Foreign Languages, Art, Music, and Physical Education are provided by the 21<sup>st</sup> Century Community Learning Centers Grant. Students are expected to participate in these enrichment activities. We ask that you DO NOT pick up your student before 5:30pm on the days that they will have these activities.

Children will treat each other and staff with mutual respect and to follow rules and regulations. The staff will be responsible for administering appropriate disciplinary procedures, which may include time-outs, and or exclusion from certain activities as well as other punishments for more minor offenses. More serious problems will be discussed with parents in an attempt to solve them. If a child cannot follow the rules and the problem cannot be solved he/she will be asked to withdraw from the program. (Additional behavior guidelines will be provided at the beginning of the 2013/2014 school year.)

La Academia Padua  
Inscripción para el Programa Después de Clases

**PROPOSITO**

El propósito del programa extendido de la Academia Padua es el proveer a sus niños/as académicamente oportunidades enriquecidas en un ambiente amoroso y seguro después de clases. Este programa esta financiado en parte por el Programa de Subvención de los Centros Comunitarios de Aprendizaje, y para proveer ayuda en las áreas académicas. Habrá una variedad de programas enriquecidos los cuales incluirán Educación Física, Arte, Música, e idiomas extranjeros. Esta es una oportunidad para que los estudiantes aprendan nuevas destrezas y extiendan sus habilidades académicas después de que ha terminado el día escolar.

**ESTRUCTURA DE LOS PAGOS**

1. Nosotros cobraremos \$1 al día por estudiante o \$5 semanales.
2. Todas las familias pagan por la oficina escolar.

**Las familias quienes estén atrasadas por mas de 2 semanas en pagos, se les pedirán que no regresen hasta que el pago sea hecho.**

**TARIFA DE SANCION**

1. Cada vez que llegue después de las 6:05pm a recoger a su niño(a) tendrá que pagar \$20 por familia por cualquiera que sea la razón. La hora será determinada por el reloj de la escuela.
2. La tarifa de \$10.00 se aplicara por tardanzas o por cheques sin fondo.

**HORARIO**

El cuidado después de clases será proveído durante los días de clases regulares desde la hora en que termina el día escolar hasta las 6pm. Se proveerán refrigerios. No se proveerá cuidado cuando la escuela tenga medio día de clases.

## **NOTAS ESPECIALES**

El personal debe ser notificado cuando un niño(a) esta participando en otras actividades escolares. Los estudiantes quienes necesitan salir del programa para participar en alguna actividad deportiva firmaran su salida en el tiempo designado por sus padres/madres. LOS ESTUDIANTES QUE SALEN PARA PRACTICAS Y OTRAS ACTIVIDADES DEBEN TENER UN PERMISO FIRMADO EL CUAL INDIQUE LA HORA QUE SALEN. EL ENTRENADOR U OTRO ADULTO ASIGNADO DEBERA FIRMAR SU SALIDA. El personal después de clases tendrá estos permisos, así como los entrenadores. NINGUN niño(a) podrá salir sin un permiso firmado por sus padres o madres.

## **PERSONAL**

Los profesores de la Escuela Católica San Felipe Neri serán también parte del programa así como otro personal competente y de apoyo.

## **EXPECTATIVA DE LOS ESTUDIANTES**

Los programadores de las actividades de idiomas extranjeros, Arte, Música, y Educación Física son proveídos por el Fondo de Subvención de los Centros Comunitarios de Aprendizaje del Sigo 21. Se espera que los estudiantes participen en estas actividades de enriquecimiento. Pedimos que NO recoja a su estudiante antes de las 5:30pm durante los días en que tengan estas actividades.

Los niño(a)s se trataran el uno al otro y al personal con mutuo respeto y seguirán las normas y reglas del programa. El personal será responsable por administrar apropiados procedimientos de disciplina los cuales pueden incluir tiempo a solas de refección o excluirlos de participar en ciertas actividades así como otro tipo de forma disciplinaria para ofensas menores. Si se presentan problemas mas serios serán discutidos con los padres madres un intento de resolverlos. Si un niño(a) no puede seguir las reglas y el programa no puede ser solucionado se le pedirá que el o ella sea retirado del programa (otras guías adicionales de comportamiento serán proveidas al comienzo del ano escolar 2013-2014)

Please complete all information in **BOLD PRINT**. Other information is optional. All of the information will be used for reporting data for the 21<sup>st</sup> Century Community Learning Centers Grant. Complete as much as you feel warranted. Thank you for your help.

*Por Favor complete toda la información en **LETRA NEGRA**. La demás información es opcional. Toda la información será utilizada para reportar datos al Programa de Subvención de los Centros Comunitarios de Aprendizaje del Siglo 21*

**STUDENT INFORMATION/ Información del Estudiante**

Student Last Name/ *Apellido*: \_\_\_\_\_ Grade/ *Grado*: \_\_\_\_\_

First Name/ *Primer Nombre*: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Gender/ *Genero*: \_\_\_\_\_ Male/ *Masculino* \_\_\_\_\_ Female/ *Femenina*

Address/ *Direccion*: \_\_\_\_\_

City/ *Cuidad*: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zip/ *Codigo Postal*: \_\_\_\_\_

Phone Number/ *Numero Telefonico*: \_\_\_\_\_

Primary Language/ *Lengua Materna*: \_\_\_\_\_

Race/Ethnicity (Circle)/ *Raza (Circule)*:

Caucasian/ *Anglosajon*, African American/ *Afro Americano*, Hispanic/ *Latino*,

Asian/ *Asiatico*, Native Hawaiian/ *Nativo de Hawaii*,

Pacific Islander/ *Islas del Pacifo*, Native American/ *Americano Nativo*,

Native Alaskan/ *Nativo de Alaska*, Middle Eastern/ *Medio-Oriental*,

Other/ *otro* \_\_\_\_\_

Medical conditions, allergies or medications/ *Condicion Medica, alergias, medicamentos*: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PARENT INFORMATION/ Información del Padre/Madre**

Last Name/ Apellido: \_\_\_\_\_

First Name/ Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

City/Ciudad: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zip/Código Postal: \_\_\_\_\_

Phone Number/ Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Work/Cell Number/ Número de Trabajo o Celular: \_\_\_\_\_

Email/Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Relationship to child/ Relación a estudiante: \_\_\_\_\_

Employment/Empleo:

Full Time    Part Time    On Disability    Retired    Not working

**EMERGENCY CONTACT INFORMATION/ Información de contactos**

**CONTACT#1/ Primer Contacto**

Last Name/ Apellido: \_\_\_\_\_

First Name/ Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

City/Ciudad: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zip/Código Postal: \_\_\_\_\_

Phone Number/ Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Work/Cell Number/ Número de Trabajo o Celular: \_\_\_\_\_

Relationship to child/ Relación a estudiante: \_\_\_\_\_

CONTACT #2/ Segundo Contacto

Last Name/ Apellido: \_\_\_\_\_

First Name/ Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Address/Direccion: \_\_\_\_\_

City/Cuidad: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zip/Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Phone Number/ Numero Telefonico: \_\_\_\_\_

Work/Cell Number/ Numero de Trabajo o Celular: \_\_\_\_\_

Relationship to child/ Relacion a estudiante: \_\_\_\_\_

Additional People authorized to pick up/ *Personas adicionales que tienen el permiso para recoger también:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**If unable to reach any of the previously names parties, our Afterschool Staff has permission to authorize medical treatment/ Si no es posible localizar a ninguna de las personas de contacto mencionadas anteriormente, el personal del Programa Después de Clases tiene permiso para autorizar tratamiento medico.**

**PARENT/GUARDIAN SIGNATURE**

Firma del Padre/Madre/Guardian \_\_\_\_\_

Date/ Fecha \_\_\_\_\_

## **Emergency Release and Waiver Form**

I, \_\_\_\_\_ give permission for my child(ren) to be given any and all necessary emergency medical care while attending the Afterschool Program. I understand that there are conditions or events that sometimes happen beyond our control. I waive any claims that I, the parent/guardian, or the child may have against the Afterschool Program or its sponsors, or any staff person, paid or volunteer arising out of injuries, claims or damages that may be sustained in connection with the activities.

## **Formulario de Renuncia Voluntaria y Permiso para Brindar Cuidados de Emergencia**

Yo, \_\_\_\_\_ , doy permiso para que se le brinde a mi niño/niña el cuidado de emergencia necesaria mientras se encuentre participando en el Programa Después de clases. Yo entiendo que existen condiciones o eventos los cuales suceden sin que se puede controlar. Yo, El padre/madre de familia o tutor legal, o niño/niña renuncio a hacer cualquier tipo de reclamo o queja que tenga contra el Programa Después de Clases o en contra de sus patrocinadores, o cualquier persona del personal, voluntaria o trabajador del programa si es que su hijo(a) sufre una lesión o herida que haya resultado en conexión con las actividades realizadas en este programa.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

*Firma del Padre/Madre/ Guardián Legal* \_\_\_\_\_

DATE/ *Fecha* \_\_\_\_\_