

Condado de CLARKE  
 Forma de Inscripción  
 Programa Después de la Escuela (ASP)

Cuota: \$10.00 /cada estudiante O \$20.00/familia (no reembolsable)  
 La cuota debe ser pagada a la hora de registrar a su hijo

INFORMACION DEL ESTUDIANTE			
Apellido: _____	Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____	Maestra (o): _____
Dirección: _____	Ciudad: _____	código postal: _____	Grado: _____

INFORMACION DE LOS PADRES/TUTORES			
Padre/Madre/Tutor: _____	Vinculo con el/la estudiante _____	email: _____	
Celular: _____	teléfono de trabajo: _____	teléfono de casa: _____	
Lugar de trabajo: _____			
Padre/Madre/Tutor: _____	Vinculo con el/la estudiante _____	email: _____	
Celular: _____	teléfono de trabajo: _____	teléfono de casa: _____	
Lugar de trabajo: _____			

HERMANOS:		
Nombre a todos los hermanos que asisten a esta escuela primaria con el estudiante		
1) _____	3) _____	5) _____
2) _____	4) _____	6) _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA:					
NOMBRE COMPLETO:	TELEFONO:	VINCULO CON EL ESTUDIANTE:	NOMBRE COMPLETO:	TELEFONO:	VINCULO CON EL ESTUDIANTE:
1) _____	_____	_____	3) _____	_____	_____
2) _____	_____	_____	4) _____	_____	_____

INFORMACION DE SALIDA:		
Autorizo al Programa Después de la Escuela (ASP) del Condado de Clarke a dejar salir a estudiante participante con: <i>(la persona se le solicitara identificación)</i>		
NOMBRE COMPLETO:	TELEFONO:	VINCULO DON EL/LA ESTUDIANTE:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

INSTRUCCIONES ESPECIALES:
(Alergias, medicamentos, dieta, etc.) escriba en la parte de atrás si es necesario
_____

EMPLEADOS DE CLARKE COUNTY:
I understand that as a Clarke County School District employee I am to keep my ASP balance current and that any unpaid or overdue balance will be collected through payroll deductions. (Note: Employee rate eligibility subject to verification)
REQUIRED: Employee ID Number: _____ Department/School: _____ Signature: _____

\_\_\_\_\_ Escriba sus iniciales para indicar que Ud. entiende que la tarifa por llegar tarde a recoger a su estudiante es \$1.00 por minuto, por niño/a a partir de las 6:00 pm. Los cargos se DEBEN pagar al momento de recoger al estudiante o al siguiente día labor.

\_\_\_\_\_ Escriba sus iniciales para indicar que Ud. entiende que el pago de la factura del Programa Después del Horario Escolar (ASP) no debe exceder UNA SEMANA de retraso. Su estudiante puede ser expulsado/a del programa por el resto del año escolar debido al retraso de pago constante.

\_\_\_\_\_ Escriba sus iniciales para indicar que Ud. recibió una copia actualizada de la guía del Programa Después del Horario Escolar (ASP), la leyó y está de acuerdo en acatar sus pautas y reglamentos.

\_\_\_\_\_ Yo acepto que he sido informado de que todo el Programa de Después de Clases del Clarke County School District no es un centro de cuidado de niños con licencia. También entiendo que el programa no está obligado a ser licenciado por el Georgia Department of Early Care and Learning este programa está exento de los requisitos de licencia estatales.

Firma del Padre/Madre/Tutor (requerida)

Fecha:

Registración Fee paid (date) \_\_\_\_\_ Paid by: Credit Card / Cash / Check # \_\_\_\_\_