



# EXTENDED DAY ENRICHMENT PROGRAM REGISTRATION 2022-2023

ENROLLING IN:      BEFORE SCHOOL       AFTER SCHOOL       BEFORE/AFTER

CHILD'S NAME: \_\_\_\_\_ BIRTH DATE: \_\_\_\_\_

CLASSROOM TEACHER'S NAME: \_\_\_\_\_ GRADE: \_\_\_\_\_ AGE: \_\_\_\_\_

WHO DOES CHILD LIVE WITH:      BOTH PARENTS       MOM       DAD       OTHER

NAME OF PRIMARY PARENT/GUARDIAN: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_ CELL PHONE: \_\_\_\_\_

CITY, STATE ZIP: \_\_\_\_\_ EMAIL ADDRESS: \_\_\_\_\_

WORKPLACE: \_\_\_\_\_ WORK PHONE: \_\_\_\_\_

DRIVER'S LICENSE NUMBER: \_\_\_\_\_

NAME OF OTHER PARENT/GUARDIAN: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_ CELL PHONE: \_\_\_\_\_

CITY, STATE ZIP: \_\_\_\_\_ EMAIL ADDRESS: \_\_\_\_\_

WORKPLACE: \_\_\_\_\_ WORK PHONE: \_\_\_\_\_

DRIVER'S LICENSE NUMBER: \_\_\_\_\_

EMERGENCY CONTACTS: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_

Name Relationship

\_\_\_\_\_  
Name Relationship PHONE: \_\_\_\_\_

Name Relationship

\_\_\_\_\_  
Name Relationship PHONE: \_\_\_\_\_

Name Relationship

FAMILY DOCTOR'S NAME: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_

MEDICAL CONCERNS WE SHOULD BE AWARE OF (ALLERGIES, ETC.): \_\_\_\_\_

NAMES OF PERSONS, OTHER THAN PARENTS, TO WHOM YOUR CHILD MAY BE RELEASED:

\_\_\_\_\_  
Name/Relationship      Name/Relationship      Name/Relationship

SIBLING(S) ENROLLED IN EDEP:

NAME: \_\_\_\_\_ GRADE: \_\_\_\_\_      NAME: \_\_\_\_\_ GRADE: \_\_\_\_\_

BY SIGNING BELOW AS THE ENROLLING PARENT, I HEREBY AGREE TO THE NON-REFUNDABLE \$40 REGISTRATION FEE AND ABIDE BY AND HAVE SIGNED THE TERMS AND CONDITIONS OF THE PROGRAM AND THE PARENT HANDBOOK. I FURTHER AGREE THAT ANY CHECK THAT IS RETURNED UNPAID, MAY BE RE-PRESENTED ELECTRONICALLY FOR PAYMENT, AND I AGREE THAT A SEPARATE ELECTRONIC DEBIT FROM THE ACCOUNT ON WHICH THE CHECK IS DRAWN MAY BE MADE FOR ANY SERVICE FEES ASSOCIATED WITH THE COLLECTION OF SUCH CHECK.

SIGNATURE: \_\_\_\_\_ PRINT NAME: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

### SCHOOL USE ONLY

START DATE: \_\_\_\_\_ REGISTRATION PAID: \_\_\_\_\_      CASH:  CHECK:  NUMBER: \_\_\_\_\_



## Programa de Aprovechamiento Día Extendido

### Inscripción 2022 - 2023

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ DIA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MAESTRO DE SALÓN: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

¿CON QUIÉN VIVE EL NIÑO?    AMBOS PADRES     MADRE     PADRE     OTRO

NOMBRE DEL PADRE PRIMARIO/GUARDIÁN: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO CP: \_\_\_\_\_ DIRC. EMAIL: \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

NUMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL OTRO PADRE/GUARDIÁN: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO CP: \_\_\_\_\_ DIRC. EMAIL: \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

NUMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR \_\_\_\_\_

CONTACTOS DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE/RELACIÓN

\_\_\_\_\_  
TEL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE/RELACIÓN

NOMBRE DOCTOR FAMILIAR: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

PREOCUPACIONES MÉDICAS QUE DEBEMOS SABER DE (ALERGIAS, ETC.): \_\_\_\_\_

NOMBRES DE PERSONAS, OTROS QUE NO SEAN LOS PADRES, A QUIEN SU NIÑO PUEDA SER ENTREGADO:

\_\_\_\_\_  
NOMBRE/RELACIÓN

\_\_\_\_\_  
NOMBRE/RELACIÓN

\_\_\_\_\_  
NOMBRE/RELACIÓN

HERMANOS MATRICULADOS EN EDEP:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_    NOMBRE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

AL FIRMAR ABAJO, YO POR ESTE MEDIO ESTOY DE ACUERDO Y OBLIGADO A CUMPLIR Y HE FIRMADO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA Y EL MANUAL DE LOS PADRES. YO TAMBIÉN ESTOY DE ACUERDO QUE CUALQUIER CHEQUE QUE SEA DEVUELTO POR NO SER PAGADO, PUEDE SER PRESENTADO DE NUEVO ELECTRONICAMENTE PARA EL PAGO, Y YO ESTOY DE ACUERDO QUE UN DEBITO SEPARADO ELECTRÓNICO DE LA CUENTA EN LA CUAL EL CHEQUE FUE HECHO PUEDE SER COBRADO POR CUALQUIER CUOTA DE SERVICIOS ASOCIADOS CON LA COLECCIÓN DE TALES CHEQUES SEGÚN SE DESCRIBEN EN EL PÁRRAFO 6 DE LOS TERMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA.

FIRMA: \_\_\_\_\_ NOMBRE IMPRESO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

#### SCHOOL USE ONLY

REGISTRATION PAID: DATE: \_\_\_\_\_

CASH:  CHECK:  NUMBER: \_\_\_\_\_

STUDENT ID #: \_\_\_\_\_