

Harrisburg R-VIII Summer Journey™ 2017 K-8 Enrollment Form

Don't Delay– Enroll NOW in this FREE program!

I. Student Information - (please print)
Please use student's legal name and current year school information
Date: _____
First Name: _____
Middle Name: _____
Last Name: _____
Current Grade Level: _____
Student Address (include physical address if using P.O. Box for mail):

City: _____ State: _____ Zip: _____
Parent/ Guardian: _____
Home Phone: _____
Work Phone: _____
Cell Phone: _____
E-Mail Address: _____
Emergency Contact: _____
Emergency Phone: _____
Emergency Cell Phone: _____
Ethnicity: (circle one) *Asian/Pacific Islander* *American Indian*
Black *Caucasian* *Hispanic*
Gender: (circle one) *Male* *Female*
Birth Date: _____
Bus Route: _____
Bus Stop: _____
Bus Time: _____
Current School: _____
Homeroom Teacher: _____

II. Transportation

Bus Transportation

Will your child be riding the bus? Yes _____ No _____
Transportation Address (if different from above):

Other Transportation

Walk _____ Car _____ Picked up by: _____
Daycare: _____
Other: _____

III. Health Information

*There will be no nurse on site during the summer session.

Health problems or concerns: Yes _____ No _____
If yes, please describe: _____

Is your child currently taking medication at school?
Yes _____ No _____
Name of Drug(s): _____

Is your child allergic to anything? Yes _____ No _____
If yes, please identify: _____

Will your child need medication during Summer Journey?
Yes* _____ No _____
Name of Drug: _____
*if yes, child must have a medical form on site.

Name and phone number of physician(s):

Hospital Preference: _____
In case of accident or serious illness, I request school personnel to contact me, alternate authorized persons, or the named physician. If it is impossible to contact me, authorized persons, or the physician, the school personnel may make emergency arrangements as necessary to care for my child. Yes _____ No _____

IV. Photo Release

I will allow any pictures taken of my child during participation in Summer Journey to be used for advertising and promotional purposes. Yes _____ No _____

Parent/ Guardian signature:

Date _____

Viaje de Verano Del Distrito Harrisburg R-VIII

Forma de inscripción desde Kinder hasta el Octavo Grado 2017

I. Información sobre el estudiante - (use letra de molde) Por favor use el nombre legal del estudiante y la información escolar del año en curso.

Fecha _____
Nombre de Pila _____
Apellido materno _____
Apellido paterno _____
Grado escolar actual _____
Dirección del estudiante _____
Ciudad _____
Estado _____ Código postal _____
Padre-Madre/ Guardián _____
Teléfono de la casa _____
Teléfono del trabajo _____
Teléfono celular _____
Dirección de correo electrónico _____
Contacto en caso de emergencia _____
Teléfono de emergencia _____
Teléfono celular de emergencia _____
Grupo étnico (marque uno) *Indio Norte-americano* *De raza Negra*
Caucásico *Hispano* *Asiático/ Habitante de las Islas del Pacífico*
Género (marque uno) **Masculino** **Femenino**
Fecha de nacimiento _____
Ruta de camión _____
Parada del camión _____
Hora en que pasa el camión _____
Escuela actual _____
Maestra del grupo _____

II. Transportación

Transportación en camión

¿Tomará su niño/a el camión? **Sí** _____ **No** _____

Dirección desde donde necesita ser transportado (Si no es la misma que dio antes) _____

Otro tipo de transportación

A pié _____ En carro _____ Será levantado por: _____

Guardería Infantil: _____

Otra forma: _____

Traducción en ingles al otro lado.

¡No espere – Inscríbese ahora mismo en este programa que es GRATIS!

III. Información sobre la salud

Durante la sesión de verano no habrá ninguna enfermera en el lugar.

Problemas de salud o preocupaciones: **Sí** _____ **No** _____

Si respondió que sí, por favor describe a continuación: _____

¿Está su estudiante tomado actualmente medicinas en la escuela? **Sí** _____ **No** _____

Nombre de la medicina: _____

¿Es su estudiante alérgico a algo? **Sí** _____ **No** _____

Si lo es, identifique a qué es alérgico: _____

¿Necesitá su niño-a medicina durante La aventura del Verano?

Sí* _____ **No** _____

Nombre de la medicina: _____

*Si marcó "sí", el niño debe tener una forma médica en el sitio.

Nombre(s) y número de teléfono del médico(s) del estudiante:

Hospital de su preferencia: _____

En caso de un accidente o una seria enfermedad, le pido al personal de la escuela que me contacte a mi, a las personas que yo he autorizado o al(los) médico(s) antes mencionado(s). Si es imposible contactarme a mi, a las personas que yo he autorizado o al (los) médico(s), el personal de la escuela puede hacer arreglos de emergencia para atender a mi niño(a) si estos son necesarios.

Sí _____ **No** _____

IV. Permiso de sacar fotografías

Estoy de acuerdo en permitir que se le saquen fotos a mi niño-a durante su participación en la Aventura de Verano y que sean usadas para anuncios promocionales. **Sí** _____ **No** _____

Firma del Padre o madre/ Guardián

Fecha _____