

MAP Registration Form

MAP Hoja de Inscripción



General Information

Información General

Date _____
Fecha _____

Child Name _____ Birth Date _____ Grade _____
Nombre del Niño(a) Fecha de Nacimiento Grado

Address _____ Home Phone _____
Domicilio Teléfono de Casa

Mother/Guardian Name _____ Father/Guardian Name _____
Nombre de Madre/Tutor Legal Nombre de Padre/Tutor Legal

Home Phone _____ Cell Phone _____ Home Phone _____ Cell Phone _____
Teléfono de Casa Teléfono Celular Teléfono de Casa Teléfono Celular

Please List who is authorized to pick up your child or be contacted in case of emergency during MAP:

Por favor anote a las personas autorizadas para recoger a su hijo(a) o las personas de contacto en caso de emergencia durante el programa MAP:

Name _____ Phone _____ Relationship _____
Nombre Teléfono Relación

Name _____ Phone _____ Relationship _____
Nombre Teléfono Relación

Physician _____ Phone _____
Médico Teléfono

Does your child take any medications? _____ Please List _____
¿Su hijo(a) toma medicamentos? Anote cuáles son

Reason _____
Razón

**OVER
VÉASE AL DORSO**

Please list all allergies or medical information related to your child. Por favor anote todas las alergias y otra información médica sobre su hijo(a). _____

Would your child's participation in our program require any special arrangement? ¿Su hija(o) requiere algún acomodamiento especial para participar en nuestro programa? _____

After returning to HMS, how will your child be getting home? ¿Después de regresar a HMS, cómo regresará su hija(o) a casa?

Please check one: **Ride Bus** _____ **Walk** _____ **Parent Pick-up** _____
Marque uno: En Autobús Caminando Recogido por un adulto

Mark what sessions you would like to attend (Students may attend multiple sessions)
Elegir las sesiones que quieres asistir (Los estudiantes pueden asistir a multiples sesiones)

Session 1
(Oct. 28-Dec. 12) _____
Octubre 28- Diciembre 12

Session 2
(Jan. 7- 29) _____
Enero 7-29

Session 3
(Feb10- March 13) _____
Febrero 10- Marzo 13

Session 4
(April1-24) _____
Abril 1-24

Session 5
(May 5-June 5) _____
Mayo 5- Junio 5

***Dates are subject to change**
***Las fechas quizás cambien**

Please Read Carefully and Turn In to the HMS Main Office

The undersigned releases SPS from all liability which may arise from the child's participation in the MAP program. The undersigned parent/guardian of child authorizes the District and employees, agents, and representatives to consent to any medical, dental or surgical treatment, including first aid, urgent care, emergency care or any health treatment deemed necessary or advisable under the circumstances, for the above-named child. The undersigned also authorizes such person to consent to the transport of the child for health reasons. The undersigned agrees to be financially responsible for and to pay any such health treatment and transport. In addition, you are giving permission for your child/student to participate in MAP activities and in trips including LTD transportation.

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____

Por Favor Lea lo Siguiente Cuidadosamente y Entregue a la Oficina de HMS

El suscrito libera a las Escuelas Públicas de Springfield de toda responsabilidad que podría presentarse a causa de la participación del niño en el programa de MAP. El suscrito padre/tutor legal del niño otorga al Distrito y los empleados, agentes y representantes la autoridad para aprobar cualquier tratamiento medico, dental o quirúrgico, incluso primeros auxilios, cuidado urgente, cuidado de emergencia o cualquier tratamiento de salud que se considera necesario o aconsejable bajo las circunstancias para el niño indicado arriba. El suscrito también otorga a esa persona la autoridad para aprobar el transporte del niño por razones médicas. El suscrito acepta la responsabilidad económica y pagará por cualquier tratamiento medico y el transporte. Aparte, está dando permiso para su hijo(a) participar el las actividades extra-escolares de MAP y para tomar excursions usando el transporte de LTD.

Firma del Padre/Tutor Legal _____ **Fecha** _____