



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS MIDDLE SCHOOL ENRICHMENT PROGRAM / FIUASAS REGISTRATION FORM

SCHOOL: _____ REGISTRATION DATE : _____

LAST NAME		FIRST NAME		MI	CLASSROOM TEACHER	GRADE
AGE	DATE OF BIRTH / /	GENDER M F		ETHNICITY A B H I M W		STUDENT ID #
HOME ADDRESS		CITY		ZIP CODE	HOME PHONE ()	
MOTHER'S NAME		ADDRESS		HOME PHONE ()	BUSINESS PHONE ()	CELL PHONE ()
FATHER'S NAME		ADDRESS		HOME PHONE ()	BUSINESS PHONE ()	CELL PHONE ()
MOTHER'S E-MAIL ADDRESS				FATHER'S E-MAIL ADDRESS		
EMERGENCY CONTACT OTHER THAN PARENT NAME			PHONE # ()	RELATIONSHIP TO STUDENT		
EMERGENCY CONTACT OTHER THAN PARENT NAME			PHONE # ()	RELATIONSHIP TO STUDENT		
OTHER PERSONS AUTHORIZED TO PICK-UP STUDENT				DISMISSAL ARRANGEMENTS		
IN THE EVENT NO ONE CAN BE CONTACTED, I GIVE PERMISSION FOR MY SON/DAUGHTER TO RECEIVE EMERGENCY MEDICAL TREATMENT: YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
IF "NO" WAS CHECKED IN THE PREVIOUS BOX, PLEASE PROVIDE A PROTOCOL TO FOLLOW:						
SPECIAL NEEDS/INSTRUCTIONS						
SIBLINGS IN THE PROGRAM						
PARENT/GUARDIAN SIGNATURE				DATE		

FM-6096 Rev. (07-18)

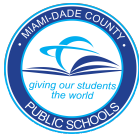
**ALL SECTIONS OF THIS FORM MUST BE COMPLETED
PRIOR TO ADMISSION INTO THE PROGRAM**

SIGNATURE _____ DATE _____
PRINCIPAL/APCE/PROGRAM MANAGER

**TO PARTICIPATE IN THIS FREE PROGRAM, PARENTS/GUARDIANS ARE REQUIRED TO COMPLETE PARENT SURVEYS
AS WELL AS PARTICIPATE IN AT LEAST ONE OF THE PARENT ACTIVITIES DURING THE SCHOOL YEAR.**



Please read the following: In consideration of accepting this application for registration in the Middle School Enrichment/ FIU After-School All-Stars Program (the "Program"), I, the parent, guardian or other legal custodian of the participant described above, intending to be legally bound, for the participant and his/her heirs, guardians and personal representatives, do hereby, waive and release The Florida International University Board of Trustees, South Florida After-School All-Stars, Inc., Miami-Dade County, the Miami-Dade County Public School System, and all other municipalities, schools, clubs and private agencies, their officers, directors, agents, employees, volunteers and assigns and any sponsors for any and all injuries suffered by my child/ward as a result of his/.her participation in the Program. I represent that I have the authority to acknowledge and sign this registration for the purpose set forth herein and that no other consents are required. I hereby grant full permission to any and all of the foregoing parties to use the participant's photograph, likeness and voice, including but not limited to, videotapes, recordings, television broadcasts or any other record of these events to any purpose related to the Program, without payment of any additional consideration. It is further agreed that the participants will be evaluated during this Program and that these evaluations may be used and the results made public. These evaluations will be based on data, which will include but may not be limited to, the participants' grades, attendance records and test scores as recorded with the Miami-Dade County Public Schools and other agencies. The participants' names will not be used in connection with any public use of these evaluations without the expressed written consent of the participant and their parent, guardian or legal custodian. I certify that all of the information contain herein is true and correct.



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS MIDDLE SCHOOL ENRICHMENT PROGRAM / FIUASAS REGISTRATION FORM

ESCUELA: _____ FECHA DE MATRÍCULA : _____

APELLIDO		NOMBRE		INI- CIAL	MAESTRO/A DEL AULA	GRADO
EDAD	FECHA DE NACIMIENTO / /	GÉNERO M F	ETNIA A B H I M W		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE	
DIRECCION DE SU HOGAR		CIUDAD	CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO DEL HOGAR ()	
NOMBRE DE LA MADRE		DIRECCIÓN	TELÉFONO DEL HOGAR ()	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	TELÉFONO CELULAR ()	
NOMBRE DEL PADRE		DIRECCIÓN	TELÉFONO DEL HOGAR ()	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	TELEFONO CELULAR ()	
CORREO ELECTRONICO DE LA MADRE			CORREO ELECTRONICO DEL PADRE			
NOMBRE DE OTRA PERSONA A QUIEN CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA QUE NO SEA UNO DE LOS PADRES DE FAMILIA			TELÉFONO ()	PARENTEZCO CON EL ESTUDIANTE		
NOMBRE DE OTRA PERSONA A QUIEN CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA QUE NO SEA UNO DE LOS PADRES DE FAMILIA			TELÉFONO ()	PARENTEZCO CON EL ESTUDIANTE		
OTRAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL ESTUDIANTE			ARREGLOS PARA LA SALIDA			
EN CASO DE QUE NADIE PUDIESE SER CONTACTADO, DOY MI PERMISO PARA QUE MI HIJO/A RECIBA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
SI ELIGIÓ "NO" COMO RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR, POR FAVOR, PROPORCIONE EL PROTOCOLO A SEGUIR:						
INSTRUCCIONES PARA NECESIDADES ESPECIALES						
HERMANOS/AS QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA						
FIRMA DEL PADRE, DE LA MADRE, DEL TUTOR, DE LA TUTORA				FECHA		

FM-6096 Rev. (07-18)

TODAS LAS SECCIONES DE ESTE FORMULARIO DEBEN SER LLENADAS ANTES DE SER ADMITIDOS AL PROGRAMA

FIRMA _____
DIRECTOR/DIRECTORA/APCE/GERENTE DEL PROGRAMA FECHA _____

PARA PARTICIPAR EN ESTE PROGRAMA GRATUITO, SE LES REQUIERE A LOS PADRES DE FAMILIA/TUTORES QUE LLENEN LAS ENCUESTAS PARA LOS PADRES DE FAMILIA Y QUE TAMBIÉN PARTICIPEN EN POR LO MENOS UNA DE LAS ACTIVIDADES PARA PADRES DE FAMILIA DURANTE EL AÑO ESCOLAR.



Lea lo siguiente por favor: Con el fin de que se acepte la presente solicitud de registro en el Programa All-Stars después de clases en el Sur de Florida/ Enriquecimiento de la Escuela Media (el "Programa"), yo, el padre, tutor o custodio legal del participante antes descrito, con el propósito de estar legalmente obligado, por el participante y sus herederos, tutores y representantes personales, por medio de la presente deslindo y libero The Florida International University Board of Trustees, South Florida After-School All-Stars, Inc., el Condado de Miami-Dade, el Sistema escolar del Condado de Miami-Dade, y todos los demás municipios, escuelas, clubes y agencias privadas, sus oficiales, directores, agentes, empleados, voluntarios y cesionarios y cualesquiera y todos sus patrocinadores de cualesquiera y todas las lesiones que mi hijo/a o pupilo/a sufra como resultado de su participación en el Programa. Declaro tener la autoridad para reconocer y firmar este registro con el propósito establecido en la presente y que no se requieren permisos adicionales. Por medio del presente otorgo autorización completa para que todas y cada una de las partes involucradas utilicen fotografías, imágenes y voz del participante, incluyendo sin limitación, cintas de video, grabaciones, transmisión por televisión o cualquier otra grabación de estos eventos con cualquier propósito relacionado con el programa, sin pago de cualquier otra compensación. También acuerdo en que se puede evaluar a los participantes durante el Programa y que estas evaluaciones se pueden utilizar y sus resultados se pueden publicar. Estas evaluaciones estarán basadas en datos, que incluirán sin limitaciones, las calificaciones, registros de asistencia y resultados de pruebas de los participantes conforme los registros de las Escuelas públicas del Condado de Miami-Dade y otras agencias. Los nombres de los participantes no se emplearán para el uso público de estas evaluaciones sin la autorización expresa por escrito del participante y su padre, tutor o custodio legal. Certifico que toda la información incluida en la presente es cierta y correcta.



LEKÒL LETA MIAMI-DADE COUNTY PWOGRAM ANRICHISMAN LEKÒL MWAYEN – FÒM ENSKRIPSYON – FIJASAS

LEKÒL: _____ DAT ENSKRIPSYON: _____

NON		PRENON		NON BATÈM	PWOFESÈ SALKLAS	ANE ESKOLÈ
LAJ	DAT NESANS / /	SÈKS M F	ETNISITE A B H I M W		# IDANTIFIKASYON ELÈV	
ADRÈS LAKAY		VIL	KÒD POSTAL		TELEFÒN LAKAY ()	
NON MANMAN	ADRÈS		TELEFÒN LAKAY ()	TELEFÒN TRAVAY ()	SELILÈ ()	
NON PAPA	ADRÈS		TELEFÒN LAKAY ()	TELEFÒN TRAVAY ()	SELILÈ ()	
LÈT ELEKTWONIK MANMAN			LÈT ELEKTWONIK PAPA			
LÒT KONTAK IJANS KI PA PARAN NON		# TELEFÒN ()		RELASYON AK ELÈV LA		
LÒT KONTAK IJANS KI PA PARAN NON		# TELEFÒN ()		RELASYON AK ELÈV LA		
LÒT MOUN KI OTORIZE POU AL CHÈCHE ELÈV LA			ARANJMAN KI FÈT POU LÈ LEKÒL LAGE			
SI NOU PA KA KONTAKTE PÈSONN, MWEN BAY PÈMISYON POU PITIT FI/GASON MWEN RESEVWA SWEN MEDIKAL IJANS:					WI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
SI W TCHEKE "NON" NAN BWAT ANVAN AN, SILVOUPLÈ BAY EKSPLIKASYON SOU SA KI DWE FÈT:						
BEZWEN ESPESYAL/ENSTRIKSYON						
SÈ OUBYEN FRÈ KI NAN PWOGRAM NAN						
SIYATI PARAN/GADYEN				DAT		

FM-6096 Rev. (07-18)

TOUT SEKSYON NAN FÒM SA A DWE RANPLI ANVAN ADMISYON NAN PWOGRAM NAN

SIYATI _____ DAT _____
DIREKTÈ/APCE/MANADJÈ PWOGRAM

**POU PATISIPE NAN PWOGRAM GRATIS SA A, YO MANDE PARAN/GADYEN YO RANPLI SONDAJ PARAN AN E
PATISIPE NAN OMWEN YOUN NAN AKTIVITE PARAN YO PANDAN ANE LEKÒL LA.**



Silvouplè li sa k ap suiv la: Pou yo ka konsidere akseptasyon aplikasyon pou enskripsyon nan Pwogram Anrichisman Lekòl Mwayen/"South Florida After-School All-Stars" (Pwogram nan), mwen paran, gadyen oubyen responsab legal patisipan ki dekri anwo a, ki gen entansyon pou vin legalman responsab, pou patisipan an ak sa li posede, gadyen ak reprezantan pèsoneèl li, mwen pa rann The Florida International University Board of Trustees, South Florida After-School All-Stars, Inc., Miami-Dade County, Sistèm Lekòl Leta Miami-Dade County, ak tout vil, lekòl, klib ak ajans prive, ofisye yo, direktè, ajan, anplwaye, volontè ak asiyasyon yo, ak nenpòt e tout moun ki sipòte pitit mwen/timoun ki sou responsablite mwen, responsab pou kèlkeswa blesi li genyen pandan l ap patisipe nan pwogram nan. Mwen deklare mwen gen otorite pou m aksepte ak siyen enskripsyon sa a pou bi li genyen e okenn lòt konsantman pa nesesè. Mwen bay tout pèmision mwen pou nenpòt e tout pati ki reprezante nan fòm sa a sèvi ak foto patisipan an, sa ki gen rapò ak li e vwa li, ki gen ladan, men ki pa limite a, videyo, anrejistremant, difizyon televizyon, oubyen nenpòt anrejistremant evènman sa yo pou nenpòt bi ki gen rapò ak Pwogram nan, san peman oubyen lòt konsiderasyon. Mwen dakò toujou pou patisipan yo sibi evalyasyon pandan Pwogram sa a e rezilta evalyasyon sa yo ka vin piblik. Yo ap baze evalyasyon sa yo sou enfòmasyon, ki ka gen ladan, men ki pa limite ak, nòt patisipan yo, dosye sou prezans ak nòt egzamen yo jan yo anrejistre nan Lekòl Leta Miami-Dade County ak lòt ajans yo. Yo pap sèvi ak non patisipan yo an koneksyon ak okenn evalyasyon yo mete nan sèvis piblik la san konsantman alekri patisipan an, paran li, gadyen oubyen responsab legal li. Mwen sètifye tout enfòmasyon mwen bay nan fòm sa a vre e kòrèk.