



**Greater San Antonio After-School All-Stars
San Antonio Independent School District
Extended Day Application Form 2020-2021**

Student Information / Información de Estudiante

| | | | | |
|---|------|------------------------------------|--------------|---|
| School/Escuela: _____ | ID # | Entry Date | WD Date | Receipt/ Recibo #: |
| Participant's Name/ Nombre del participante: Last (apellido) First (Primer nombre) Mi (inicial) | | DOB (fecha de nacimiento) _____ | Grade/Grado: | Gender/Género: ___ Female (mujer) Male (hombre) |
| Participant's Address, City, State, & Zip Code / Dirección del participante, ciudad, estado, código postal: | | | | Phone/ # de teléfono: |

Parent Information / Información de Padres

| | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Mother's Name /Nombre de Madre: | Father's Name/ Nombre de Padre: |
| Mother's Address/ Dirección: | Father's Address/ Dirección: |
| Mother's Phone/# de teléfono: | Father's Phone/ # de teléfono: |
| Mother's Email/Tu correo electrónico: | Father's Email/Tu correo electrónico: |

Please give name & number of emergency contacts, in case the parents cannot be reached. Indique nombre y número de contactos de emergencia, en caso de que los padres no se pueden alcanzar.

| | |
|--|---|
| Emergency Contact #1 Name/ Nombre de Primer contacto: | Emergency Contact #2 Name/Nombre de Segundo contacto: |
| Emergency Contact #1 Phone/Teléfono de primer contacto: | Emergency Contact #2 Phone/teléfono de Segundo contacto: |
| Emergency Contact #1 Address/Dirección de primer contacto: | Emergency Contact #2 Address/Dirección de Segundo contacto: |

CONTINUED ON THE BACK

**Revised 8/6/2020
Revisado 8/6/2020**

List only those names of individuals to whom the student may be released. Note: No one under 18 may pick up a child / Indique solamente el nombre de las personas que pueden recoger a su hijo del programa. Nota: Nadie menor de 18 años puede recoger a su niño

| Name/ Nombre | Address/ Dirección | Phone/ # de teléfono |
|--------------|--------------------|----------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |

Medical / Medico:

| Allergies / Alergia | Medical Conditions /Condiciones Medicales | Prescribed Medications /Medicinas Prescritas |
|---------------------|--|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Authorization for Emergency Medical Attention /Autorización para atención médica de emergencia:

In the event I cannot be reached to make arrangements for emergency medical care, I authorize the person in charge to take my child to / *En caso que no pueda ser localizado para tomar las medidas para la asistencia médica, autorizó a la persona encargada para llevar mi hijo(a) :*

Name of Physician, Address, & Phone # / *Nombre de médico, dirección, # de teléfono*

Name of Hospital, Address, & Phone # / *Nombre de hospital, dirección, # de teléfono.*

I give consent for the organization to secure any and all necessary emergency medical for my child / *Doy consentimiento para que la organización asegure alguno y toda la asistencia médica de emergencia necesaria para mi niño (a).*

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE/FIRMA DE PADRES: _____

Date/ Fecha: _____

Permission to use photographs, work produced, voice recordings and/or video tape /Permiso para usar fotografías, trabajos realizados, grabaciones de voz v/o videos:

I give permission for Greater San Antonio After-School All-Stars to use photographs, work produced, voice recordings, and/or videotape for the purposes of promoting, educating, and publicizing activities and programs of the Greater San Antonio After-School All-Stars. / *Doy permiso al programa Greater San Antonio After-School All-Stars para usar fotografías, trabajos realizados, grabaciones de voz, videos de mi hijo/a, a los fines de promover, educar y publicitar actividades y programas de Greater San Antonio After-School All-Stars.*

PARENT / GUARDIAN SIGNATURE / FIRMA DE

PADRES: _____ **Date/Fecha:** _____