

Pleasant View Elementary School District

Expanded Learning Opportunities Program (ELOP) Non-School Days Registration Form

Programa de Oportunidades de Aprendizaje Ampliado (ELOP) Formulario De Inscripción Para Días No Escolares

Student Information - Información del Estudiante

Student Last Name/Apellido	First Name/Nombre	Middle Name/Segundo Nombre	Gender/Sexo	Grade/Grado
Mailing Address/Dirección de Correo		City/Ciudad	Zip Code/Código Postal	
Circle grade level student most recently completed/ Circule el nivel de grado que el estudiante completó más recientemente:				
TK	K	1	2	3
			4	5
				6
				7
				8

Parent Guardian Contact Information - Información de Contacto del Padre/Tutor

#1 Name/Nombre	Relationship/Relación	Cell #	Home-Work#/#Casa-Trabajo	Work Place/Lugar de Trabajo
#2 Name/Nombre	Relationship/Relación	Cell #	Home-Work#/#Casa-Trabajo	Work Place/Lugar de Trabajo
Home Address/Dirección de Casa			City/Ciudad	Zip Code/Código Postal
Email Address/Correo Electronico				

Medical Information - Información Médica

Does your child have any allergies? ¿Tiene su hijo/a alguna alergia? <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	Does your child take medication at school? ¿Toma su hijo/a algún medicamento en la escuela? <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
--	---

I give permission to the PVESD ELOP Program to take whatever emergency measures are judged necessary for the care and protection of my child(ren) while under their supervision. In case of a medical emergency, I understand that my child will be transported to an appropriate medical facility by the local emergency unit for treatment if the local emergency team deems it necessary. It is understood that in some medical situations the PVESD ELOP School staff will need to contact the local emergency resources before the parents/guardians, the child's physician, and/or other adults acting on the parent(s)/guardian(s) behalf are notified. I understand that any expenses incurred will be borne by the child's family.

Doy permiso al Programa ELOP de PVESD para tomar las medidas de emergencia que se consideren necesarias para el cuidado y protección de mi(s) hijo(s) mientras estén bajo su supervisión. En caso de una emergencia médica, entiendo que mi hijo será transportado a una instalación médica adecuada por la unidad de emergencia local para recibir tratamiento si el equipo de emergencia local lo considera necesario. Se entiende que en algunas situaciones médicas el personal de la Escuela ELOP de PVESD necesitará contactar a los recursos de emergencia locales antes de notificar a los padres/tutores, al médico del niño y/o a otros adultos que actúen en nombre de los padres/tutores. Entiendo que cualquier gasto incurrido será asumido por la familia del niño.

Parent-Guardian Signature / Firma de Padre-Guardián

Date/Fecha

Permission Information - Información de Permisos

<p align="center">Picture Policy / Política de Fotografías</p> <p>I give permission to PVESD ELOP school program to published any or all pictures of my child taken during the duration and conducting of this program. / <i>Doy permiso al programa escolar ELOP de PVESD para publicar cualquiera o todas las fotografías de mi hijo/a tomadas durante la duración y realización de este programa.</i></p> <p align="center"><input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No</p>	<p align="center">Field Trips / Excursiones</p> <p>I give permission for my child to participate in the field trips during the school program. / <i>Doy permiso para que mi hijo/a participe en las excursiones durante el programa escolar.</i></p> <p align="center"><input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No</p>
---	---