

Beyond U
Permission Slip 2017-18

I, _____ hereby grant UCAP's Beyond U, a
(Parent name)
21 Century Community Learning Center, where my child participates in after school programs, my permission and consent:

- To participate in after school programs directly after dismissal time Mondays through Thursdays. I understand that my child will select his/her activity choice that rotates every eight weeks;
- I understand a schedule will arrive in the mail prior to the start of each session. I will review my child's schedule and call if I have concerns;
- Pictures may be taken of my child and used for program publicity, marketing, and any other means, as either of them seems fit. **Please sign your initials here if you would like to opt your child out of photos.** _____
- To conduct surveys of me, my child, and/or my child's family and to use information acquired thereby feedback, suggestions, and / or evaluation of the programs and programming and other legitimate purpose of UCAP's Beyond U. **Please sign your initials here if you would like to opt your child out of surveys.** _____
- To have my child walk from his or her school to program locations that are within one and a half miles from UCAP;
- To have my child transported on the school bus or partner vehicles between program sites;
- To have my child participate in activities at UCAP as well as other locations throughout the state of RI, as specified in this registration brochure, realizing that this might include off site trips or programs;
- To have my child receive appropriate first aid, if needed, while participating in programs;
- In the event of a medical emergency, I understand my child will be taken to Hasbro Hospital accompanied by a UCAP staff member until I am able to arrive;

Student Name: _____ DOB: _____ Age: _____

Address: _____

Advisory: _____ Team: ____ How many family members live in the household? ____

Allergies: _____

Transportation: __ My child will be pick up __ My child will take city bus __ My child will walk home

Parent Signature: _____

Primary Phone Number: _____ Secondary Phone Number: _____

If you would like us to contact you via email and send you electronic copies of school letters or flyers, please list your email address: _____

Permiso Para Beyond U 2017-18

Yo, _____ le doy permiso y consentimiento a UCAP Beyond
(Nombre del padre)

U un programa 21 Century Community Learning Center, donde mi hijo participara en programas después de la escuela:

- Participar en los programas después de la escuela inmediatamente después de la salida, de lunes a jueves. Entiendo que mi hijo seleccionará sus actividades que cambian cada ocho semanas;
- Entiendo que el horario llegará por correo antes del comienzo de cada sesión. Revisare el horario con mi hijo y llamaré si tengo alguna preocupación;
- Fotos pueden ser tomadas de mi hijo y utilizaran para la publicidad del programa, la comercialización y cualquier otro medio. **Por favor firme sus iniciales aquí si desea excluir a su hijo de las fotos.** _____
- De llevar a cabo encuestas de mi, mi hijo, y/o de la familia y utilizar la información adquirida con sus comentarios, sugerencias y / o evaluación de los programas y la programación y otro propósito legítimo de UCAP Beyond U . **Por favor firme sus iniciales aquí si desea excluir a su hijo de las encuestas.** _____
- Mi hijo pude caminar desde la escuela a otro programas que están dentro de una milla y media;
- Para que mi hijo sea transportado en el autobús escolar o vehículos asociados entre los sitios de los programas;
- Para que mi hijo participe en actividades en UCAP, así como en otros lugares en todo el estado de Rhode Island, como se especifica en este folleto de inscripción, tenga en cuenta de que esto puede incluir viajes fuera del area de pograma;
- Para que mi hijo reciba los primeros auxilios apropiados, de ser necesario, durante su participación en los programas; y
- En caso de una emergencia médica, entiendo que mi hijo será llevado al Hasbro Hospital acompañado por un miembro del personal UCAP hasta que yo sea capaz de llegar.

Nombre de estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: ____

Dirección de hogar: _____

Advisory: _____ Team: _____ ¿Cuántos miembros de la familia viven en el hogar? _____

Firma de padre: _____ Fecha: _____

Número de teléfono primario: _____ Secundaria Número de teléfono: _____

Si a usted le gustaría ponerse en contacto por correo electrónico, para resirvir cartas o volantes, por favor escriba su dirección de correo electrónico: _____