

Apps of 6th graders will be considered in the lottery if turned in by: April 23, 2019

BIDWELL JR. HIGH

Chico Unified School District

21st CCLC-BLAST

6th - 8th Grade **REGISTRATION-2019-2020**



Student Name _____

Parent/Guardian Name _____

Address _____

City _____ Zip _____

Parent email address _____

Date of Birth (student) _____ Age _____

2019-2020 Grade _____

Home Phone _____ Cell Phone _____

List of restrictions of treatment _____

Doctor's Name & Phone Number _____

Any special medications or pertinent information _____

Father's Name: _____ Work Phone: _____ Cell Phone: _____

Mother's Name: _____ Work Phone: _____ Cell Phone: _____

Person other than parents we may contact in case of an emergency: _____
(And may this person pick up your child?) Yes/ No Name Phone

NAMES OF PEOPLE OTHER THAN YOURSELF WHO MAY PICK YOUR CHILD UP

Name: _____ Relationship to child: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship to child: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship to child: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship to child: _____ Phone: _____

Child may sign him/herself out **after 5:00** and Walk/Ride home _____ Yes _____ No

We understand that our child must be picked up promptly at the end of the program no later than 6:00 p.m! There is a late pick-up fee of \$1 per minute. BLAST requires a minimum attendance of 4 days per week. BLAST is an optional program; students with behavior problems will be dropped from enrollment.

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____

I understand that my child's continuation in this program depends on receipt of state and federal funding.

6th Grado Apps será considerada para la lotería si es devuelta antes del: abril 23, 2019

Chico Unified School District
21st CCLC-BLAST
Bidwell Junior High School
6th – 8th Grado MATRICULACIÓN-2019-2020



Nombre _____
Nombre del Padre/Guardian _____
Dirección _____
Ciudad _____ Código postal _____
Escuela a la que asiste _____ Fecha de nacimiento (estudiante) _____
Edad _____ **2019-2020** Grado _____
de teléfono _____ # de teléfono del trabajo _____
Lista de restricciones de
tratamiento _____
Nombre de Doctor Y su Número de
teléfono _____
Cualquier medicamento o información
pertinente _____

Nombre del padre: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____
Nombre de la madre: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____
Persona aparte de los padres a quien/es podemos contactar en caso de emergencia: _____
¿Usted da a esta persona el permiso para recoger a su niño? Sí/No Nombre Teléfono

NOMBRES DE PERSONAS APARTE DE USTED MISMO/A QUE PUEDEN RECOGER A SU HIJO/A

Nombre: _____ Relación con el niño: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Relación con el niño: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Relación con el niño: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Relación con el niño: _____ Teléfono: _____

Mi hijo puede firmar y salir a sí mismo después de las **5:00 p.m.** y caminar de pie o paseo a su casa _____ sí
_____ no

Comprendemos que nuestro niño debe ser recogido inmediatamente a fines del programa no luego que 6:00 p.m. Hay un honorario de \$1 por minuto para recoger a su niño tarde. BLAST requiere una asistencia mínima de 4 días por semana. Este programa es opcional; estudiantes con problemas de comportamiento serán dados de baja del programa.

Yo comprendo que la continuación de mi hijo/a en este programa depende del recibimiento de fondos estatales y federales.

Padre/Guardian

Firma _____ **Fecha** _____