



## REACH BRIDGE *Extended* Learning Program Application 2023-2024

Student Name: \_\_\_\_\_ Student Last Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Room #: \_\_\_\_\_

Parents or Guardian's Name(s): \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Home Phone #: \_\_\_\_\_

Mother's Work Phone # \_\_\_\_\_ Father's Work Phone#: \_\_\_\_\_

Mother's Cell# \_\_\_\_\_ Father's Cell Phone#: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

*Person(s) authorized to pick up your child / Emergency Contacts: (Person must show picture I.D.)*

Name: _____	Relationship: _____	Phone#: _____
Name: _____	Relationship: _____	Phone#: _____
Name: _____	Relationship: _____	Phone#: _____
Name: _____	Relationship: _____	Phone#: _____

Student lives with: \_\_\_ Father \_\_\_ Mother \_\_\_ Step Parents \_\_\_ Foster \_\_\_ Legal Guardian \_\_\_ Other

Primary Language:  English  Spanish  Other: \_\_\_\_\_

Is your child under medical care or taking any medication(s)?  Yes  No

If yes, please check the following conditions that your child has and indicate if medication needs to be dispensed at school?

<input type="checkbox"/> Bee Sting Allergy	Epi-pen <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Food/Other Allergies: _____
<input type="checkbox"/> Asthma	Inhaler <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Special Needs / Disability: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	Insulin <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Vision / Hearing	Glasses <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Family Health Care: Physician's Name: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Health Insurance# \_\_\_\_\_

Does the Bridge program have permission to use photos/videos of your child in educational, promotional materials or Facebook? (There is no cost.) Yes: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Parent or Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*For Office Use Only* Application Received Date: \_\_\_\_\_ Intake Person Initials: \_\_\_\_\_



## REACH BRIDGE *Extended* Learning Application 2023-2024

Primer Nombre del niño/niña: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Maestro(a): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_ # de Salón: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre o Guardián: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ # Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

# del trabajo de la Madre: \_\_\_\_\_ # de trabajo del Padre \_\_\_\_\_

# Celular de la Madre: \_\_\_\_\_ # Celular del Padre: \_\_\_\_\_

### Persona(s) autorizadas de recoger a su hijo/a. (Persona debe enseñar identificación de retrato).

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ #de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ #de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ #de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ #de Teléfono: \_\_\_\_\_

El Estudiante vive con: \_\_\_ Padre \_\_\_ Madre \_\_\_ Padrastro/a \_\_\_ Pariente Adoptivo/a \_\_\_ Tutor Legal \_\_\_ Otro

Primer Idioma:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

¿Está su hijo/a bajo el cuidado médico o tomando algún medicamento(s)?  Sí  No **Si su respuesta fue sí, favor marcar todas las condiciones que su hijo/a tiene e indique si el medicamento debe ser administrado en la escuela.**

Picadura de abeja "Epi-pen"  Sí  No  Alergias/Alergias A Comida: \_\_\_\_\_

Asma Inhalador  Sí  No  Necesidades Especiales / Incapacidad: \_\_\_\_\_

Diabetes Insulina  Sí  No  Otro: \_\_\_\_\_

Visión Anteojos  Sí  NO

Cuidado de Salud: Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ #de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Seguro de Salud # \_\_\_\_\_

Da permiso que el programa Bridge use retratos/videos de su hijo/a en materiales educativos, promocionales o Facebook? (No hay costo alguno ).

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### *Para uso de Oficina Solamente*

Fecha de Inscripción: \_\_\_\_\_ Iniciales de persona: \_\_\_\_\_