



FULTON FAMILIES MATTER

Youth Registration Form

Date (mm/dd/yy) (*Fecha*): _____

Child's Name (*Nombre del menor*): _____ Race (*Raza*): _____

Address (*Direccion*): _____ Gender (*Sexo*): _____ Age (*Edad*): _____

City (*Ciudad*): _____ Zip Code (*Codigo*): _____ Date of Birth (*Fecha de Nac.*): _____

Parent's Name: _____ Email: (*Email del Padre/Madre*): _____

Home/Cell Phone (*Tel. Casa/Celular*): _____ Parent's Work Phone (*Tel. Trabajo*): _____

Authorized people to pick up the child (Gente autorizada para recoger al niño(a)):

Name (*Nombre*): _____ Phone (*Tel.*): _____ Relationship (*Parentesco*): _____

Name (*Nombre*): _____ Phone (*Tel.*): _____ Relationship (*Parentesco*): _____

Name (*Nombre*): _____ Phone (*Tel.*): _____ Relationship (*Parentesco*): _____

Name (*Nombre*): _____ Phone (*Tel.*): _____ Relationship (*Parentesco*): _____

Indicate if child may walk home ? Yes _____ No _____

(*Indique si el niño(a) puede caminar solo a la casa?*)

Why did you choose the Resource Center? (*Por que escogio nuestro Centro?*): _____

Medical Condition (Condicion Medica):

Do you need any accommodation for any physical or mental condition? (*Necesita alguna adecuacion especial por alguna discapacidad fisica o mental ?*): _____

Do you have any allergies (including to medication)? *Tiene alguna alergia (incluyendo a alguna medicina?)*: _____

Are you taking any medications? (*Esta tomando alguna medicina?*) Yes _____ No _____

If yes, please identify (*En caso afirmativo, por favor especifique*):

Medication (*Medicamento*): _____ For (condition) (*Para*): _____

Medication (*Medicamento*): _____ For (condition) (*Para*): _____

Insurance Carrier/Medicaid? (*Aseguranza*): _____ Policy # (*Numero de Poliza*): _____

Information is used solely for purposes of meeting the youth's needs

(*La informacion es usada solamente para cubrir alguna necesidad especial del joven/menor.*)

183 Norcross Street Suite 100 Roswell, GA 30075 Ph: 770-993-0207 Fax: 770-993-9160

www.fultonfamiliesmatter.org email: fprlc2zion@bellsouth.net

Youth Needs: (Necesidades del Joven):

Assistance with (*Asistencia con*):

- Reading (*Lectura*)
- Spelling (*Deletrear*)
- Math (*Matematicas*)
- Science (*Ciencias*)
- Algebra (*Algebra*)
- Social Studies (*Ciencias Sociales*)
- Other (*Otros*): _____

Actual grade (*Grado Actual de Estudios*): _____

Name of School (*Nombre de la Escuela*): _____

My favorite subject(s) (*Mi materia favorita*): _____

My least favorite subject(s) (*La materia que menos me gusta*): _____

The subject(s) I have had the most trouble with (*La materia con la que mas batallo*): _____

THE AFTER SCHOOL PROGRAM IS A FREE SERVICE – EL PROGRAMA DE AFTER SCHOOL ES GRATIS

Please circle one (Por favor circule una opcion):

I grant / do not grant you permission to photograph or video me or my child to promote the Resource Center, programs, and successes.

Doy mi permiso/No doy mi permiso para ser fotografiado o videofilmado yo o mi(s) niño(s) con la finalidad de promover el Centro de Aprendizaje, sus programas, o sus eventos.

I understand that science-based programs are being implemented as a part of this training. I understand that pre-post testing will be anonymously administered prior to and after services are provided. I understand that this information is strictly confidential and available only to evaluation team, service provider, and funding agency.

By signing this agreement, I acknowledge that I have read, understand, and accept the terms of the Registration/ Assessment.

Entiendo tambien que programas con bases scientificas seran implementados como parte de este entrenamiento. Entiendo que un pre-test y un post-test sera aplicado anónimamente antes y después de que los servicios/clases sean proveidos. Entiendo que esta información es estrictamente confidencial y disponible solamente para el equipo evaluador, prestador de servicios y agencias patrocinadoras.

Al firmar este acuerdo, hago del conocimiento de que he leído, entendido, y acepto los terminos de esta registracion.

Parent's Print Name (Nombre)

Parent's Signature (Firma)

Date (Fecha)