

# PS 372 課後/加強計劃報名表 2016/2017學年

日期: \_\_\_\_\_

學生姓名: \_\_\_\_\_ 年級/班級: \_\_\_\_\_

計劃 (請勾選所有適用選項):

課後: \_\_\_\_\_ 要求的日子 (請圈選): 星期一 星期二 星期三 星期四 星期五 開始日期: \_\_\_\_\_

臨時參加: \_\_\_\_\_ 每天\$35

加強計劃: \_\_\_\_\_ 要求的班, 附上費用

---

家長/監護人1: \_\_\_\_\_ 關係: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_ 市: \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵編號碼: \_\_\_\_\_

住宅電話: \_\_\_\_\_ 工作單位電話: \_\_\_\_\_

手機: \_\_\_\_\_ 電子郵箱: \_\_\_\_\_

家長/監護人2: \_\_\_\_\_ 關係: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_ 市: \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵編號碼: \_\_\_\_\_

住宅電話: \_\_\_\_\_ 工作單位電話: \_\_\_\_\_

手機: \_\_\_\_\_ 電子郵箱: \_\_\_\_\_

緊急聯絡人:

聯絡人1: \_\_\_\_\_ 關係: \_\_\_\_\_

住宅電話: \_\_\_\_\_ 工作單位電話: \_\_\_\_\_

手機: \_\_\_\_\_ 電子郵箱: \_\_\_\_\_

聯絡人2: \_\_\_\_\_ 關係: \_\_\_\_\_

住宅電話 \_\_\_\_\_ 工作單位電話: \_\_\_\_\_

手機: \_\_\_\_\_ 電子郵箱: \_\_\_\_\_

可以從課後計劃接走您子女的其他人員：

1. 姓名： \_\_\_\_\_ 關係： \_\_\_\_\_

2. 姓名： \_\_\_\_\_ 關係： \_\_\_\_\_

報名費\$30：（請圈選其中一項） 現金 信用卡 支票

財務援助：（請圈選其中一項） 是 否

我們可以為那些證明有財務需要的學生提供部分的財務援助。請填妥財務援助申請表，將其放進封好的信封後交給 Janine DiLorenzo。所有資料均會保密處理。

醫療/社交/行為資訊：

列出您子女可能有的任何健康問題、過敏、社交情緒或行為需要。如果您子女在課後計劃需要epipen或哮喘泵，您必須提供這些東西。我們在課後時間是無法拿到護士室的東西的。如果您子女需要藥物，您必須與護士安排好課後計劃開始前的時間用藥。

學生的醫生： \_\_\_\_\_ 醫生電話： \_\_\_\_\_

萬一有意外或學生病了，我們會立即按提供的電話號碼通知家長。萬一我們無法用電話找到家長，或者職員認為傷勢太重，等不及家長前來，家長批准了課後活動職員在認為有必要下採取任何步驟讓學生接受可用的醫療，包括聯絡醫生、醫院或任何其他醫療服務。家長同意負擔這些服務包括交通的所有支出。

身為家長/監護人：

- 我明白我子女的參與和/或出勤任何課後活動都是完全自願的。
- 我明白我子女可能參加的課後計劃中任何身體上和/或體育活動都可能會有風險。我同意讓子女參加這些活動。
- 我已經向課後計劃提供了他們應該知道的關於我子女的任何長期或臨時健康問題或其他任何情況（包括特別飲食和服藥需要或需要視力或聽力輔助）的書面通知。
- 我明白我的子女應該在其言行舉止上表現出自我責任，遵從所有適用的學校規定（包括學校紀律準則）。我明白違反學校規定（包括學校紀律準則）的學生可能不准參加課後計劃。
- 我同意付款的條款和遲到接走學生的規定和費用。
- 我准許PS372的職員和課程導師給我子女拍攝有關學校和本校家長教師協會宣傳和/或教育材料的照片/錄像。
- 如果我不同意以上事項，我會給課後計劃報名員Janine DiLorenzo寫電郵通知小組，電郵地址是asregistrar@gmail.com。

我已閱讀並同意以上內容

家長簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

支票抬頭請寫： PTA After School Program of PS 372。

請分別寫支票給課後計劃和加強計劃。謝謝。