Marque un casillero
❑ Re-inscripción del niño(a)
❑ Nuevo en el Programa

FORMA DE REGISTRACION
GLO @ Fairmount Año Escolar 2009/10

65 Chenery Street San Francisco CA 94131

Información del niño **(Complete una forma por niño. Letra Imprenta)**

Apellido _____

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Grado en 2008-09 _____ Nacimiento _____/_____/_____

Escuela a la que atiende _____

❑ Sexo Femenino ❑ Sexo Masculino

Padre/Apoderado 1

Nombre _____

Teléfono de Casa_____ Celular_____

Empleador _____ Teléfono de Trabajo _____

Email

@_____._____

Dirección (si es que es diferente que la del niño(a))

_____

Ciudad _____ Código Postal _____

Firma del Padre/Apoderado 1

_____ Fecha _____

Padre/Apoderado 2

Nombre _____

Teléfono de Casa_____ Celular_____

Empleador _____ Teléfono de Trabajo _____

Email

@ _____._____

Dirección (si es que es diferente que la del niño(a))

_____

Ciudad _____ Código Postal _____

Firma del Padre/Apoderado 2

_____ Fecha _____

GLO suele tomar fotos de los niños para usarlas en, murales en videos y en la website de GLO.

❑Doy mi permiso a GLO para usar las fotos/videos de mi hijo(a)

❑Porfavor no utilicen las fotos/videos de mi hiho(a)

Otro: ❑Mándeme información acerca de Subsidios.

Cómo Contactarme: ❑Vía Email ❑Vía Buzón de Correo en GLO.

❑De ahora en adelante me gustaría recibir los formularios y otra información de GLO traducidas al español.

Consejo de Sitio Todos los padres están invitados a ser parte del Consejo de Sitio que es un comité que ayuda y aconseja al Director del programa. Porfavor marque un casillero debajo.

❑Me gustaría ser parte del Consejo de Sitio

❑No estoy interesado

Porfavor marque los casilleros correspondientes.
Horas de Operación: **7-8:40am & 2:40-6pm**

❑ **5 Días - AM Regular**	**$120**	**al mes/por niño(a)**
❑ **5 Días - AM Hermanos(as)**	**$115**	**al mes/por niño(a)**
❑ **5 Días - PM Regular**	**$300**	**al mes/por niño(a)**
❑ **5 Días - PM Hermanos(as)**	**$285**	**al mes/por niño(a)**
❑ **Familia de ExCel**	**$0**	**al mes/por niño(a)**
❑ **AM & PM Regular(as)**	**$340**	**al mes/por niño(a)**
❑ **AM & PM Hermanos (as)**	**$325**	**al mes/por niño(a)**

SUB-TOTAL $ _____

DESCUENTO DE HERMANOS no califica para el depósito o cargos por Registración.
Nombre del Hermano(a):_____
Grado en 2008-09:_____

$250 DEPOSITO (reembolsable) $ _____
$125 CARGO DE REGISTRACION (no-reembolsable) $ _____
CANTIDAD INCLUIDA CON ESTA FORMA: $ _____

•Los pagos se dividen en 9 mensualidades del mismo monto y cubren todo el año escolar. Los pagos deben realizarse el día 1 de cada mes (Septiembre 1 - Mayo 1)
•Escriba los cheques a Growth & Learning Opportunities. Memo: "Nombre del niño" & del Programa
•Se requieren 30 días de anticipación si quiere cancelar el programa. Hasta que no recibamos notificación por escrito, usted es responsable por todos los pagos.

Estas estadísticas se usarán únicamente para buscar financiamiento.

Etnicidad (porfavor marque los que correspondan)
❑Asiático ❑Negro/Afro-Americano ❑Latino
❑Nativo Americano/Nativo de Alaska ❑Blanco ❑Multiétnico
Otro_____

Nivel de Ingreso: Para 2 personas en casa (Marque UNO debajo):
❑Bajo($27,150 o menos) ❑Bajo-Medio($42,250) ❑Medio($72,400) ❑Alto($91,200)

Nivel de Ingresos: Para 3 o más personas en casa:
❑Bajo($30,550 o menos) ❑Bajo-Medio($50,900) ❑Medio($81,450) ❑Alto($102,600)

Porfavor marque 5 beneficios del programa que son más importantes para usted:
❑Tiempo para hacer Tareas
❑Días de cuidado en Feriados
❑Programa de Verano
❑Asistencia Financiera
❑Eventos Especiales (Semana de la Salud)
❑Actuaciones (Canto de Invierno, etc)
❑Ubicación del Programa
❑Comunicación y Periódicos
❑Reportes de Desarollo

Porfavor marque los 5 beneficios que son más importantes para su hijo(a)
❑Horario Diario
❑Empleados del Programa
❑Ayuda con el Lenguaje
❑Meriendas
❑Amigos de su hijo(a)
❑Currícula (cocina, Kids Clubs, etc)
❑Juego Libre
❑Programa de Inclusión
❑Actividades de aprendizaje

Acceso para todos: Nuestros servicios se brindan a niños con todo tipo de capacidades. Si usted necesita una acomodación especial, por favor informe a la Directora de GLO al momento de registrarse y por lo menos 30 días hábiles antes de la fecha de inicio del programa. Cada solicitud se evaluará de acuerdo con la ADA. Una Forma de Solicitud de Inclusión, Acomodación y Necesidades Especiales debe ser completada y devuelta a GLO.

¿Requiere su niño(a) asistencia/espacio especial para participar?
❑Yes ❑No

Otras Categorías. Marque las que correspondan:
❑Resident de Housing Funded w/Public Sources
❑Residente de SRO
❑Sin Casa/Casa Transitoria
❑Niños/Jóvenes con Necesidades Especiales
❑Inglés Limitado
❑Lesbiana/Gay/Bisexual/Transexual
❑Madre Soltera
❑Padre Soltero

For Office Use Only:
❑ExCel Family ❑Fee Based Family ❑Children's Council