2019-2020 Poughkeepsie Food Power After School Program Registration

Student Information

Student Name: _____ September Grade: _____

Date of Birth: _____/_____/_____ Age: _____ School: _____

Parent/Guardian Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Parent/Guardian Information	
Name of Primary Parent/Guardian:	
Relationship to Child **(Please check one)**: ☐ Mother ☐ Father ☐ Grandmother ☐ Grandfather ☐ Other:	
Language(s) Spoken at Home: ☐ English ☐ Spanish ☐ Other:	
Home Phone:	Cell Phone:
Work Phone:	Email:

Please select the 2019-2020 school year after-school program at the school your child attends if your child is interested in taking part.

Poughkeepsie Food Power is an after-school program offered by Poughkeepsie Farm Project. Students will use food, cooking, and gardening to improve their academic and leadership skills.

____ **Clinton School**, Poughkeepsie Food Power Club (gr. 2-4), Tue and Thur, 2:45-4:45

____ **Krieger School**, Poughkeepsie Food Power Club (gr. 2-4), Tue and Thur, 2:35-4:35

____ **Morse School**, Poughkeepsie Food Power Club (gr. 2-4), Mon and Wed, 3:30-5:30

____ **Warring School**, Poughkeepsie Food Power Club (gr. 2-4), Mon and Wed, 2:45-4:45

____ **Poughkeepsie Middle School**, Poughkeepsie Food Power Club (gr. 6-7), Sat, 9:00-1:00

Please list your child's dietary restrictions and/or food allergies:

_____

_____

Please return this form to Poughkeepsie Farm Project, PO Box 3143, Poughkeepsie, NY 12603 or the main office at your child's school. Scanned registration forms can also be emailed to jamie@farmproject.org.

If you have questions, please call/text Jamie Levato, education director at Poughkeepsie Farm Project: 845-475-2734 or email her at jamie@farmproject.org.

Poughkeepsie Food Power
Student Enrollment Form

Student Information	
Student Name:	School:

I give my child permission to enroll and participate in any Extended Learning Time (ELT) program offered at the Poughkeepsie City School District before school, during the school day, after school and/ or during school breaks. I also grant permission for any of the program evaluators to use any data collected for evaluative purposes.

Any individual student data collected will only be used to assess the Extended Learning Time (ELT) programs and will not be made public or shared with unauthorized individuals. No identifying information will be used.

Parent/Guardian Name (Print): _____

Parent/Guardian Name (Signature): _____

Date: _____

Emergency Contact Information:

Name of Emergency Contact # 1:

Relationship to Child **(Please check one)**: ☐ Mother ☐ Father ☐ Grandmother ☐ Grandfather ☐ Other:	
Home Phone:	Cell Phone:

Name of Emergency Contact # 2:

Relationship to Child **(Please check one)**: ☐ Mother ☐ Father ☐ Grandmother ☐ Grandfather ☐ Other:	
Home Phone:	Cell Phone:

Release of Child at Dismissal

I give my child permission to walk home alone at dismissal: Yes_____ No_____

**** If NO, my child may only be picked up by one of the following individuals unless I inform the school otherwise. It is my responsibility to inform the school of any changes in regards to this. ****

Name 1:	Relationship to Student:
Home Phone:	Cell Phone:
Name 2:	Relationship to Student:
Home Phone:	Cell Phone:

Health Information

_____ YES, my child's medical information (allergies, medications, health care needs & medical issues of importance) is on file with the school in the nurse's office and the appropriate program administrators may have access to it as needed. I consent to emergency medical care under the terms indicated below.

_____ NO, my child's medical information (allergies, medications, health care needs & medical issues of importance) is NOT on file with the school in the nurse's office. However, I consent to emergency medical care under the terms indicated below.

If my child requires emergency medical care and I cannot be reached, I give my consent to the Poughkeepsie City School District and to Poughkeepsie Farm Project to obtain the necessary medical care for my child. I agree to pay all costs associated with the emergency medical care that my child receives. I understand that every effort will be made to contact me before and after medical care is provided. I understand that this consent will be in effect as of the date of my signing this form and will continue as long as my child is enrolled in this program.

_____ _____ _____

Parent/Guardian Name (Print) Parent/Guardian Signature Date

Consent to Photograph, Film, or Videotape a Student for Non-Profit Use

(E.G., Educational, Public Service or Health Awareness Purposes)

I hereby consent to the participation in interviews, the use of quotes, and the taking of photographs, movies or videotapes of the student named above by the Poughkeepsie City School District, Poughkeepsie Farm Project, and their partners. I also grant to the Poughkeepsie City School District, Poughkeepsie Farm Project, and their partners the right to edit, use, and reuse said products for non-profit purposes including use in print, on the Internet, and all other forms of media. I also hereby release the Poughkeepsie City School District,Poughkeepsie Farm Project, and their partners, agents, and employees from all claims, demands, and liabilities whatsoever in connection with the above.

☐ Grant consent ☐ Refuse consent

_____ _____ _____

Parent/Guardian Name (Print) Parent/Guardian Signature Date

2019-2020

Inscripción para el programa Poughkeepsie Food Power después de la escuela

Información del Estudiante

Nombre de Estudiante: _____Grado en septiembre: _____

Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____ Edad: _____ Escuela: _____

Nombre de Padre/Guardian: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Información del Padre / Guardian	
Nombre del Padre /Guardian:	
Relación con el Niño (Por favor marque uno): ○ Madre ○ Padre ○ Abuela ○ Abuelo ○ Otros:	
Idioma (s) hablado en el hogar: ○ Inglés ○ Español ○ Francés ○ Otros:	
Teléfono de Casa:	Teléfono Celular:
Teléfono del Trabajo:	Correo Electrónico:

Por favor seleccione el programa después de la escuela 2019-2020 en la escuela a la que asiste su hijo si su hijo está interesado en participar.

Poughkeepsie Food Power es un programa extraescolar ofrecido por Poughkeepsie Farm Project. Los estudiantes usarán comida, cocina y jardinería para mejorar sus habilidades académicas y de liderazgo.

____ **Clinton School**, Poughkeepsie Food Power Club (gr. 2-4), martes y jueves, 2:45-4:45

____ **Krieger School**, Poughkeepsie Food Power Club (gr. 2-4), martes y jueves, 2:35-4:35

____ **Morse School**, Poughkeepsie Food Power Club (gr. 2-4), lunes y miércoles, 3:30-5:30

____ **Warring School**, Poughkeepsie Food Power Club (gr. 2-4), lunes y miércoles, 2:45-4:45

____ **Poughkeepsie Middle School**, Poughkeepsie Food Power Club (gr. 6-8), sábado, 9:00-1:00

Enumere las restricciones dietéticas y / o alergias a los alimentos de su hijo:

_____

_____

Devuelva este formulario a Poughkeepsie Farm Project, PO Box 3143, Poughkeepsie, NY 12603 o la oficina principal de la escuela de su hijo. Los formularios de registro escaneados también pueden enviarse por correo electrónico a jamie@farmproject.org.

Si tiene preguntas, llame o envíe un mensaje de texto a Jamie Levato, directora de educación de Poughkeepsie Farm Project: 845-475-2734 o envíe un correo electrónico a jamie@farmproject.org.

Poughkeepsie Food Power
Matriculación de los Estudiantes

Nombre del Estudiante:	**Escuela:**

Doy permiso a mi hijo para inscribirse y participar en cualquier programa del Programa de Tiempo de Aprendizaje Extendido ofrecido a el Distrito Escolar de la Ciudad de Poughkeepsie antes de clases, durante el día escolar, después de clases y / o durante las vacaciones escolares. También doy permiso para cualquiera de los evaluadores de programas que utilizan los datos recogidos para evaluaciones.

Cualquier información de los estudiantes individuales recogidos sólo serán utilizados para evaluar los programas de Tiempo de Aprendizaje Extendido y no se hará público o compartido con personas no autorizadas. No sé utilizará ninguna información de identificación fuera del programa.

Nombre del Padre / Guardian (Escrito): _____

Nombre del Padre / Guardian (Firma): _____

Fecha: _____

En Caso de Emergencia	
Nombre del Contacto de Emergencia (#1):	
Relación con el Niño (Por favor marque uno): ○ Madre ○ Padre ○ Abuela ○ Abuelo ○ Otros:	
Teléfono de Casa:	Teléfono Celular:
Nombre del Contacto de Emergencia (#2):	
Relación con el Niño (Por favor marque uno): ○ Madre ○ Padre ○ Abuela ○ Abuelo ○ Otros:	
Teléfono de Casa:	Teléfono Celular:

Lanzamiento de Niño al Despedido

Mi hijo tiene permiso de caminar solo al despedido: Sí _____ No_____

**** Si no, mi hijo puede ser recogido sólo de la escuela por una de las siguientes personas, a menos que, informe a la escuela lo contrario. Es mi responsabilidad informar a la escuela de cualquier cambio en cuanto a esto.****

Nombre 1:	Relación con el Niño :
Teléfono de Casa :	Teléfono Celular :
Nombre 2:	Relación con el Niño :
Teléfono de Casa :	Teléfono Celular :

Información de Salud

_____ Sí, la información médica de mi hijo (alergias, medicamentos, necesidades de salud y problemas médicos de importancia) se encuentra archivada en la escuela en la oficina de la enfermera. Yo doy consentimiento a atención médica de emergencia bajo los términos indicados.

_____ No, la información médica de mi hijo (alergias, medicamentos, necesidades de salud y problemas médicos de importancia) No se encuentra archivada en la escuela en la oficina de la enfermera. Sin embargo, yo doy consentimiento a atención médica de emergencia bajo los términos indicados.

Sí mi niño requiere atención médica de emergencia y no puedo ser alcanzado, doy mi consentimiento para el programa de Tiempo de Aprendizaje Extendido obtener la atención médica necesaria para mi hijo. Estoy de acuerdo en pagar todos los costos asociados con la atención médica de emergencia que mi hijo reciba. Yo entiendo que se hará todo lo posible para ponerse en contacto conmigo antes y después de que se proporcione la atención médica. Yo entiendo que este consentimiento será efectivo a partir de la fecha en que yo firme este formulario, y se mantendrá siempre en este programa.

_____ _____ _____

Nombre del Padre/Guardian (Imprima) Nombre del Padre / Guardian (Firma) La Fecha

El Consentimiento para Fotografía, Película, y/o Cinta de Vídeo del estudiante para uso sin Fines de Lucro

(p.ej., Educación, Servicio Público o la Salud Mental)

Doy mi consentimiento para la participación en las entrevistas, el uso de comillas, y la toma de fotografías, películas o cintas de video del estudiante arriba mencionado por el distrito escolar de la Ciudad de Poughkeepsie y Poughkeepsie Farm Project. También concedo al Distrito Escolar de la Ciudad de Poughkeepsie and Poughkeepsie Farm Project el derecho de editar, uso y reutilización de dichos productos para fines no comerciales, incluyendo el uso en forma impresa, en Internet, y todas las otras formas de medios de comunicación. También por este medio liberó al distrito escolar de la Ciudad de Poughkeepsie, Poughkeepsie Farm Project y sus agentes y empleados de todas las reclamaciones, demandas y responsabilidades de ningún tipo en relación con lo anterior.

○ Doy consentimiento ○ Rechazo consentimiento

_____ _____ _____

Nombre del Padre/Guardian (Imprima) Nombre del Padre / Guardian (Firma) La Fecha