2026/2027 BEFORE SCHOOL LIGHTHOUSE REGISTRATION

Student's Name(s):	Gender:	Race:	Name of School:	Grade(9/2026)	DOB:
1. _____	M ☐ F ☐	_____	_____	_____	_____
2. _____	M ☐ F ☐	_____	_____	_____	_____
3. _____	M ☐ F ☐	_____	_____	_____	_____
4. _____	M ☐ F ☐	_____	_____	_____	_____

Home Address: _____
City State Zip code

Name of parent(s)/guardian: _____ Home phone: _____ Cell: _____

Employer: _____ Work hours: _____ Full Time ☐ Part Time ☐ Work phone: _____

Facebook Account ☐ Twitter Account ☐ Email Address: _____

If I cannot be reached in the event of an emergency, please call:

Name: _____ Relationship: _____ Local Phone: _____

Address: _____
City State Zip code

I give permission for my child to receive emergency medical attention while attending the Lighthouse Program.

_____
Signature of Parent(s)/Guardian

Primary Insurance Carrier: _____ Secondary Insurance Carrier: _____

My child has the following medical conditions:_____

Will any of these conditions hinder his/her ability to fully participate? Yes ☐ No ☐

If yes, please explain: _____

Is your child presently enrolled with the School-Based Health Center? Yes ☐ No ☐

My child needs medication during the course of the day: (if applicable) Type(s): _____ Time(s): _____

In signing this form I certify that my child is a resident of Bridgeport. I further agree to all the terms and conditions set forth above including the Lighthouse Policy located below. I further agree that my child's academic records and photos be available for studies on the impact of after school programs on student achievement, as well as publications, project videos and fund solicitation. ***I am aware that there is a weekly cost per child to participate in this program.***

_____ _____
Signature of Parent(s)/Guardian ***Date***

Lighthouse Policy for Termination/Expulsion

In addition to those policies and procedures outlined in the Operational Guidelines, the Lighthouse Program is establishing the following policy in writing.

The Lighthouse Program reserves the right to request the termination of any individual receiving funds from the Lighthouse Program for actions by the individual which can jeopardize the well being of other staff or students involved in the program. In addition, the Lighthouse Program, its contracted agencies and site staff reserve the right to dismiss any child temporarily or permanently from the Lighthouse Program should he or she fail to abide by Board of Education rules and/or Agency rules while attending the summer or after school program.

The Lighthouse Program agrees to review all data presented and follow up with appropriate individuals before a decision is made in either of the above instances. Should the action warrant immediate response, the Lighthouse Program reserves the right to do so.

REGISTRACIÓN PARA EL PROGRAMA ANTES DE LA ESCUELA PARA EL 2026/2027

Nombre del Estudiante(s):	Sexo:	Raza:	Nombre de la Escuela:	Grado(9/2026)	Fecha de Nacimiento
1. _____	M☐ F☐	_____	_____	_____	_____
2. _____	M☐ F☐	_____	_____	_____	_____
3. _____	M☐ F☐	_____	_____	_____	_____
4. _____	M☐ F☐	_____	_____	_____	_____

Dirección: _____

Ciudad **Estado** **Código Postal**

Nombre de Los Padres/Encargado:_____ Teléfono: _____ Celular: _____

Compañía de Trabajo: _____ Horas de Trabajo: _____ Tiempo Completo Mitad de Tiempo

Facebook ☐ Twitter ☐ Correo Electrónico: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Ingreso anual: _____ Miembros de la familia: ____

En caso de una emergencia, favor de llamar a:

Nombre: _____ Relación al Niño: _____ Teléfono Local: _____

Dirección: _____

Ciudad **Estado** **Código Postal**

Le doy permiso al programa "LIGHTHOUSE" para que mi hijo/a reciba atención médica. _____

Padre/Encargado

Seguro Principal: _____ Secundario: _____

Mi hijo/a sufre de las siguientes condiciones médicas: _____

Podrán algunas de estas condiciones impedir su participación en el programa? Sí ☐ No ☐

Sí, favor de explicar: _____

Está su niño(a) en estos momentos matriculado en una Escuela con Centro de Salud? Sí ☐ No ☐

Mi hijo/a necesita medicamento durante el día: Tipo de Medicina: _____ Hora(s): _____

Al firmar ésta forma certifico que mi hijo/a es residente de Bridgeport. Además, estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones arriba expuestas incluyendo la Póliza de Lighthouse. También estoy de acuerdo que los archivos académicos de mi niño y las fotos tomadas están disponibles para observar el crecimiento académico del estudiante, asi como publicaciones, videos de proyectan y solicitación para fondos. ***Soy consciente de que hay un costo semanal para los participantes en este programa.***

_____ _____

Padre/Encargado ***Fecha***

Póliza De Lighthouse Para La Terminación/Expulsión

Además de las pólizas y procedimientos en las guías de operación, el programa establece por escrito la siguiente Póliza. El programa mantiene el derecho de solicitar la terminación de cualquier individuo recibiendo fondos del programa de Lighthouse por acciones que puedan arriesgar el bienestar de otros miembros del grupo, trabajadores, o de los estudiantes envueltos en el programa. Además el programa, sus agencias bajo contrato y los trabajadores locales se reservan el derecho de dar de baja a cualquier niño(a) temporalmente o permanentemente del programa, si él/ella no cumple con las reglas de la Junta de Educación, o las reglas de la agencia mientras esté asistiendo al programa del verano o año escolar.

El programa está de acuerdo en repasar todo dato presentado y dar seguimiento con el personal apropiado, antes de que sea tomada una decisión en cualquiera de los incidentes arriba mencionados. Si el acto demandase acción inmediata, el programa de Lighthouse se reserva el derecho de tomarla.