2026/2027 SUMMER & AFTER SCHOOL LIGHTHOUSE REGISTRATION

K - 5 GRADES ONLY

Site Use Only - Must be completed when child is registered

Date Paid _____ M. O. #_____

Staff Initial _____ Amount Paid _____

Start Date_____

Summer Only_____ A/S Only _____ Both_____

Student's Name (s):	Gender:	Race:	School:	SASID#	Grade (Sept 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 ☐ Unemployed ☐

Employer Address _____ Work Phone _____

Facebook Account ☐ Twitter Account ☐ Email Address: _____

Gross Yearly Household Income: _____ Family Size: _____ Family Unit: 1 Parent 2 Parents Guardian

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

Name: _____ Relationship: _____ Local Phone: _____

Address: _____

City State Zip code

Person (s) who have permission to pick your child up: (please send a note if this changes)

Name: _____ Relationship: _____ Local Phone: _____

Name: _____ Relationship: _____ Local Phone: _____

Name: _____ Relationship: _____ Local Phone: _____

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

Signature of Parent(s)/Guardian _____ Date_____

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: _____

Physicians Name: _____ Physicians Phone: _____ Physicians Address_____

*Does your child have an Individual Education Plan (IEP) or Behavior Log during the school day? Yes ☐ No ☐

*Does your child receive special services during the day, i.e. meet with a social worker, special education teacher, speech and language therapist, etc.? Yes ☐ No ☐ May we discuss their IEP or special needs with appropriate school personnel? Yes ☐ No ☐

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

I give permission for my child to be transported while attending regularly scheduled Lighthouse field trips.

Signature of Parent(s)/Guardian _____ Date_____

In signing this form I certify that my child is a resident of Bridgeport and completed Kindergarten. ***I understand I am registering my child for a low cost subsidized program that requires his/her full participation in the program and that unless an unforeseen emergency arises or special consideration is made, I agree to pick my child up at the end of the program day 5:30 and no earlier*.** All program fees are recommended and not a requirement of enrollment/continued service. I 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, immunization records, and photos be available as needed for specific purposes such as studies on the impact of after school programs on student achievement, publications, project videos and fund solicitation. I authorize the district to release my child's state assigned student (SASID#) number to the Lighthouse Program for state reporting purposes. *I am aware a $25.00 NON-REFUNDABLE registration fee in the form of a money order* for each child registered is due at the time of registration and that I am responsible for the weekly fee regardless of whether or not my child attends every week. By signing below I understand and agree to the above information.

Signature of Parent(s)/Guardian _____ Date_____

Behavior Policy

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

Behavior Policy Discussed with Parent Parent/Guardian Signature Date

REGISTRACIÓN PARA EL PROGRAMA DE LIGHTHOUSE PARA EL VERANO Y DESPUÉS DE CLASES 2026/2027 PARA GRADOS K - 5

Nombre del Estudiante (s):	Sexo:	Raza:	Escuela	SASID#	Grado(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: _____
Empleador/Patrono: _____Horas de trabajo: _____ Tiempo completo ☐ Mitad de tiempo ☐ Desempleado ☐
Dirección del Empleador_____ Teléfono del trabajo_____
Facebook ☐ Twitter ☐ Correo electrónico: _____
Ingreso bruto annual por familia: _____ Miembros de la familia: ____ Hogar: Un padre ☐ Dos padres ☐ Encargado ☐

En caso de una emergencia, favor de llamar a:

Nombre: _____ Relación del niño: _____ # de teléfono: _____
Dirección: _____
Ciudad **Estado** **Código postal**

Persona(s) que tiene permiso a recoger al niño después del programa: (favor <u>notifique</u> si los nombres cambian)

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono Local: _____
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono Local: _____
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono Local: _____

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

_____ _____
Firma del Padre/Encargado ***Fecha***

Seguro primario: _____ Seguro 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: _____
Nombre del médico _____ Teléfono del médico_____

¿Tiene su hijo/a un plan individual educativo, un diario de conducta para el dia escolar? Sí ☐ No ☐
¿Recibe su hijo/a servicios especiales durante el día escolar, tal como reunirse con la trabajadora/o social, un maestro/a de educación especial o el terapista de habla? Sí ☐ No ☐ ¿Podemos discutir su IEP o necesidades especiales con el personal apropiado de la escuela? Sí ☐ No ☐

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

Yo doy permiso para que mi hijo/a sea transportado mientras asiste a las excursiones regulares de Lighthouse.

_____ _____
Firma del Padre/Encargado ***Fecha***

Al firmar ésta forma certifico que mi hijo/a es residente de Bridgeport. **<u>Entiendo que estoy registrando mi hijo/a para un programa bajo costo subsidiado que requiere su plena participación en el programa a menos que surja una emergencia imprevista o se hace una consideración especial, me comprometo a recoger a mi hijo/a al final del programa a las 5:30 y no antes</u>**. Ningún niño será rechazado aunque usted no pueda ser los pagares. Además, estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones expuestas arriba incluyendo la Póliza de Lighthouse. Todas las tarifas son recomendadas no un requisite. También estoy de acuerdo que los expedientes académicos de mi niño y las fotos tomadas están disponibles para observar el crecimiento académico del estudiante, así como publicaciones, proyectos de video y solicitación para fondos. También autorizo el distrito a dar el número de SASID de mi niño/a al Programa de Lighthouse con propósitos de reportaje para el estado. <u>Estoy consciente de una cuota de inscripción no reembolsable de $25.00 tiene que ser pagada en forma de un giro postal</u> para cada niño(a) registrado(a) en el momento de la inscripción y que soy responsable de la cuota semanal asista o no asista el niño(a) al programa cada semana.

_____ _____
Firma del Padre/Encargado Fecha

Póliza de Conducta

Además de las pólizas y guia de procedimientos de la directrices operativas y el manual de procedimientos del programa "Lighthouse", el programa Lighthouse establece por escrito la siguiente póliza. El progama Lighthouse, sus agencias contratadas y el personal se reservan el derecho de dar de baja a cualquier niño temporalmente o permanentemente del programa Lighthouse si no cumple con las reglas de la Junta de Educación y/o las reglas de la agencia mientras estate asistiendo al programa de verano o el programa después de clases. El programa acuerda revisar todos los datos presentados y dar seguimiento con el personal apropiado antes de tomar una decisión en cualquiera de las instancias mencionada arriba. Si le acto amerita una acción inmediata, el programa se reserva el derecho de hacerlo.

Póliza de conducta discutida con el padre/encargado

_____ *Firma del Padre/Encargado* *Fecha*