

(Nombre de su grupo) Programa después de escuela Pack
Formulario de autorización de los padres

Parent Name _____

Address _____

Phone _____

Número de adultos en familia ____ número de niños en family____

Por favor enumere a los niños en su familia que asisten a escuelas de (nombre del distrito):

Name_____ School_____ Grade___ Teacher_____

Name_____ School_____ Grade___ Teacher_____

Name_____ School_____ Grade___ Teacher_____

Name_____ School_____ Grade___ Teacher_____

¿Su hijo recibe almuerzo gratis o a costo reducido? SI___ No___

¿Su hijo tiene alergias alimentarias? SI___ No___

Si responde Sí, indíquelos:

Usted puede interrumpir el programa en cualquier momento. Además (nombre de su grupo) puede retirar una familia a su discreción.

Al aceptar después de paquetes escolares, libero y exención (nombre de su grupo) y sus donantes de alimentos de cualquier y toda responsabilidad.

Parent signature_____

Date_____