

# Boosters Club

## After School Academic Enrichment Program

Booster Club 2017-2018 va a proveer ayuda con las tareas, enriquecimiento academico y tutorial para los estudiantes.

**1<sup>er</sup> Grado al 3<sup>er</sup> Grado**

**Lunes a Viernes**

**3:00pm a 6:00pm**

**New Life Building @ 82-10 Queens Boulevard**

**Empezamos Jueves, 7 de Septiembre**

**APROVECHE EL DESCUENTO PARA AQUELLOS QUE SE REGISTREN ASTES DE: El 28 de Agosto.**

El cupo es limitado, asi que por favor llene la aplicacion y traigala a la oficina con un deposito, tan pronto como sea possible para asegurar un cupo para su hijo/hijos. Quedese con las dos primeras hojas que incluyen el calendario de pagos para el ano escolar.

Estamos felices de servirle a usted y a su familia!



### **CONTACTO:**

Angelica Melo, Directora del Programa  
(718) 424-0122 ext.120 cell (914)602-8010  
[afterschool@newlifecdc.us](mailto:afterschool@newlifecdc.us)

# Boosters Club

## After School Academic Enrichment Program

Calendario de Pagos para el Año Escolar 2016-2017

### **DECUENTO AL INSCRIBIRSE CON ANTICIPACION!!**

	<u>Pago antes de:</u>	<u>Catidad:</u>
	28 Agosto	\$245

### **Pagos Mensuales** Debido el primer lunes de cada mes

<u>Mes:</u>	<u>Pago Debido:</u>	<u>Catidad Debido:</u>
Septiembre	Jueves 7 Sept	\$300
Octubre	Lun 2 Oct	\$300
Noviembre	Lun 6 Nov	\$300
Diciembre	Lun 4 Dic	\$300
Enero	Lun 8 Enero	\$300
Febrero	Lun 5 Feb	\$300
Marzo	Lun 5 Mar	\$300
Abril	Lun 2 Abr	\$300
Mayo	Lun 7 Mayo	\$300
Junio	Lun 4 Jun	\$300

El precio para hermanos (\$500 para 2 estudiantes). Tambien ofrecemos recogerlos en la escuela por la suma adicional de \$30 al mes por estudiante.

Si pagas por cheque, Hacerlo a nombre de "New Life CDC", y en el memo "Afterschool".

registrarse: [www.newlifecdc.us](http://www.newlifecdc.us)

cel: 914-602-8010

[afterschool@newlifecdc.us](mailto:afterschool@newlifecdc.us)

## Formulario de Inscripción del Estudiante

Por favor llene lo siguiente:

### Estudiante # 1

Nombre: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Estudiante # 2

Nombre: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Estudiante # 3

Nombre: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Información de Contacto

Nombre de los Padres/Custodios: \_\_\_\_\_

Celular: (        ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Trabajo: (        ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.com

Parentesco:    madre    padre    otro: \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres/Custodios: \_\_\_\_\_

Celular: (        ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Trabajo: (        ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.com

Parentesco:    madre    padre    otro: \_\_\_\_\_

### Información de la Familia

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_

Barrio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estate: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

**Por favor escriba cualquier otro hermano/primo o niño menor de 18 que vive en el hogar y que NO este aplicando para afterschool.**

- Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Relacion con el niño: \_\_\_\_\_

- Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Relacion con el niño: \_\_\_\_\_
- Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Relacion con el niño: \_\_\_\_\_

**Iglesia/Mezquita/Templo/Sinagoga (si aplica) a la cual su familia asiste:** \_\_\_\_\_

**Autorización Para Recoger**

Indique las personas que tienen permiso para recoger a su hijo o acompañarlo a su casa.

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Numero:( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Numero:( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Numero:( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia**

En caso de una emergencia , el/los padre(s) será el primer contactado , pero en el caso de que usted no podría ser contactado, por favor escriba 1 a 3 adultos que podrían ser contactados.

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Numero:( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Numero:( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Numero:( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Por favor, indique todos los medicamentos , limitaciones físicas , asma , alergias (alimentos, polen) , u otra condición médica relacionados con el niño:

**Estudiante 1:** \_\_\_\_\_

**Estudiante 2:** \_\_\_\_\_

**Estudiante 3:** \_\_\_\_\_