

Registration Form

Formulario para Matricularse



WORCESTER STATE UNIVERSITY
LATINO EDUCATION INSTITUTE

486 Chandler Street, Worcester, MA 01602 / Phone 508-798-6507 Fax 508-798-6508

Please check program (favor de seleccionar el programa):

ISLA LASOS ENLACE LIDER OTHER _____

Participant Information:

Sex Sexo F / M

Participant Name Nombre _____ Age Edad _____ D.O.B. Fecha de Nacimiento ___/___/_____

Student's Address Dirección _____ Zip Code _____

Home Phone # () _____ Cell Phone # () _____

School Name Nombre de escuela _____

Parent Information: K-12 participants only

Parent Name (1) _____

Mother Madre Father Padre Unknown

Country of birth Pais de nacimiento _____

Home address if different from participant

Dirección si es diferente al participante _____

Telephone () _____

Work () _____

Cell () _____

Email Correo Electrónico _____

Occupation Ocupación _____

Employer Empleador _____

What is your preferred language? ¿Cual es su idioma preferido?

___ English (ingles) ___ Spanish (español)

Parent Name (2) _____

Mother Madre Father Padre Unknown

Country of birth Pais de nacimiento _____

Home address if different from participant

Dirección si es diferente al participante _____

Telephone () _____

Work () _____

Cell () _____

Email Correo Electrónico _____

Occupation Ocupación _____

Employer Empleador _____

What is your preferred language? ¿Cual es su idioma preferido?

___ English (ingles) ___ Spanish (español)

With whom does the participant live? ¿Con quién el participante vive?

Both parents Ambos padres _____ Father only Solo con el padre _____ Mother only Solo con la madre _____

Guardians' Guardián _____ Mother/Stepfather Madre/padastro _____ Father/Stepmother Padre/madastra _____

Other Otro _____ Relationship to Applicant Relación con el participante _____

Registration Form

Formulario para Matricularse



WORCESTER STATE UNIVERSITY
LATINO EDUCATION INSTITUTE

486 Chandler Street, Worcester, MA 01602 / Phone 508-798-6507 Fax 508-798-6508

PARENT AUTHORIZATION

I, (printed parent's name) _____ authorize the Latino Education Institute at Worcester State University to act on behalf of my child, _____ who is currently attending _____ school. I further acknowledge that the Latino Education Institute staff and/or Worcester State University will not be held responsible for any injury or accident that might occur while my child is participating in this program or event, and that any medical expenses incurred as a result of the injury or accident will be my responsibility. I authorize for my child to participate in all related activities outlined below:

- Permission to review, and/or obtain any or all of my child's transcripts and school records contained in her school file for the purpose of enrolling him/her in our program.
- Permission to transport my child by bus to the program if necessary, located at the Worcester State University Campus and to all of the field trips and special activities included in the program.
- Permission to videotape/photograph my child during the program's activities and to use such photos for promotion of the Latino Education Institute's programs.
- Permission to allow the following individuals to pick up my child at any time necessary, in case of emergency:

Name	Relationship	Work and Home/Cell Phones
1. _____		
2. _____		

Parent or Guardian Signature

Date

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Yo, (nombre de padre en letra de imprenta) _____ autorizo a que el Instituto Latino de Educación en Worcester State University actué en representación de mi hijo/a _____ quien asiste a la escuela _____. Yo tengo pleno conocimiento que el personal del Instituto Latino de Educación y/o Worcester State University no es responsable de ninguna lesión o accidente que pudieran ocurrir durante mi participación o la de mi familia en este programa o evento, y que cualquier costo medico causado como resultado de una lesión o de un accidente será de mi completa responsabilidad. Doy permiso para que mi hijo/a participe en las siguientes actividades:

- Doy permiso para que repasen y obtengan la transcripción y expedientes de mi hijo/a contenidos en los archivos de la escuela, con el propósito de matricularla en el programa.
- Doy permiso para transportar a mi hijo/a por medio de auto bus al programa localizado en Worcester State University y a todas las giras, y actividades especiales incluidas en el programa.
- Doy permiso para que tomen videocinta/fotos de mi hijo/a durante las actividades del programa para ser usadas en los materiales de promoción del Instituto Latino de Educación.
- Doy permiso a las siguientes personas para que busquen a mi hijo/a si confronta alguna emergencia:

Nombre	Relación Familiar	Teléfonos... trabajo y hogar/celular
1. _____		
2. _____		

Firma del Padre o Encargado/a

Fecha

Registration Form

Formulario para Matricularse



WORCESTER STATE UNIVERSITY
LATINO EDUCATION INSTITUTE

486 Chandler Street, Worcester, MA 01602 / Phone 508-798-6507 Fax 508-798-6508

Medical Authorization Form

Parent/Legal Guardian's Name *Nombre del Padre:* _____

Student's Name *Nombre del Estudiante:* _____

Email Address *Correo electrónico:* _____

Medical Condition *Condición médica:* _____

Medication <i>Medicamento</i>	Dosage <i>Dosis</i>	Side Effects <i>Efecto colateral</i>

Does the student have any allergies *¿Tiene el estudiante alguna alergia?:* Yes *Si* / No

Food <i>Alimentos</i>	Medicinal <i>Medicina</i>	Environmental <i>Ambiental</i>	Other <i>Otro</i>

Comments *Comentarios:*

Registration Form

Formulario para Matricularse



WORCESTER STATE UNIVERSITY
LATINO EDUCATION INSTITUTE

486 Chandler Street, Worcester, MA 01602 / Phone 508-798-6507 Fax 508-798-6508

Emergency Information:

Emergency Contact Name *Contacto de emergencia:* _____

Emergency Contact Phone *Numero de teléfono del contacto:* _____

Relationship to the Participant *Relación con el partcipe:* _____

Comments: Please share any comments that you feel will help us serve you and your family better.

Comentarios: Por favor, comparte cualquier comentario que usted crea que sería de ayuda para servirle mejor a usted y a su familia

Participant Signature *Firma del estudiante 18+*

Date *Fecha*

Participant Signature *Firma del estudiante 18+*

Date *Fecha*

****Completed applications may be handed to program staff or mailed to address below:**

(Las solicitudes completadas pueden ser entregadas al administrador del programa o enviarlas por correo a la siguiente dirección)

Submit to program staff or mail:

Latino Education Institute

Worcester State University, 486 Chandler Street, Worcester, MA 01602

508-798-6507

FOR OFFICIAL USE ONLY (PARA USO OFICIAL)			
New Student	Continuing Student	Education / Language	Enrollment ALL
Test Date: ___/___/___	Current Date: ___/___/___	___ College	Date Received: ___/___/___
Oral: _____	Level: _____	___ Non-College	Staff Initials: _____
Written: _____/_____	Teacher: _____	___ GED	Start Date: ___/___/___
Level: _____	New Level: _____	___ English	
Staff: _____		___ Spanish	
		___ Other: _____	