

## Hyde Square Task Force Arts in the Summer Program (Grades 1-5, Must be at least 6 years old)

PROGRAM START DATE: Tuesday, July 6th

END DATE: Friday, August 13th

TIME: 8:30am-4:00pm

COST: \$50 per week

*\*A non-refundable deposit of \$100 is required at time of registration*

Programming will take place at the Cheverus building located at:  
365 Centre Street, Jamaica Plain, behind the Blessed Sacrament Church

### Registration Requirements

- Up to date physical and immunizations
- Income verification (two recent pay stubs or tax return)
- Proof of address

**\*Your child will not be registered if ALL  
required documents are not presented!**

\*Applications can be turned in to:

- Our main office located at 375 Centre Street, Jamaica Plain
- The Cheverus building located at 365 Centre Street, Jamaica Plain, behind the Blessed Sacrament Church

For more information, contact Jazmin at 617-524- or  
visit us on the web at [www.hydesquare.org](http://www.hydesquare.org)



# 2010 Summer Registration Form

## Contact Information (Hoja de Información)

### THE HYDE SQUARE TASK FORCE

375 CENTRE STREET  
JAMAICA PLAIN, MA  
02130

TEL: 617-524-8303

FAX: 617-524-2747

[www.hydesquare.org](http://www.hydesquare.org)

### EDUCATION & COMMUNITY IN ACTION EDUCACIÓN Y COMUNIDAD EN ACCIÓN

#### ■ ARTS & CULTURAL PROGRAMS - PROGRAMAS CULTURALES Y ARTÍSTICOS

#### ■ COLLEGE & CAREER EXPLORATION - PREPARACIÓN PROFESIONAL Y PRE-UNIVERSITARIA

#### ■ COMMUNITY ORGANIZING - ORGANIZACIÓN COMUNITARIA

#### ■ MENTORING & ACADEMIC SUPPORT - CONSEJERÍA Y APOYO ESCOLAR

#### ■ PARENT ENGAGEMENT INITIATIVES - INICIATIVAS DE PARTICIPACIÓN FAMILIAR

#### ■ SCHOOL-BASED AFTER SCHOOL PROGRAMS - PROGRAMAS DESPUÉS DE CLASES

#### ■ SUMMER PROGRAMS - PROGRAMAS DE VERANO

#### ■ YOUTH DEVELOPMENT - DESARROLLO JUVENIL

Child's Name (Nombre del Niño) : \_\_\_\_\_

Male (Masculino): \_\_\_\_\_ Female (Femenina): \_\_\_\_\_

Address (Dirección): \_\_\_\_\_

City, State, Zip Code (Ciudad, Estado, Código Postal):  
\_\_\_\_\_

Birth date (Fecha de Nacimiento): \_\_\_\_\_

Grade (Grado): \_\_\_\_\_ Age (Edad): \_\_\_\_\_

\* Child must be at least 6 years of age (El niño tiene que tener por lo menos 6 años de edad).

## Mother's Information (Información de la Madre)

Name (Nombre): \_\_\_\_\_

Home Address: (Dirección de la Casa): \_\_\_\_\_

City, State, Zip Code (Ciudad, Estado, Código Postal):  
\_\_\_\_\_

Business Phone (Teléfono del Trabajo): \_\_\_\_\_

Name of Business (Nombre del Trabajo): \_\_\_\_\_

Work Address (Dirección del Trabajo):  
\_\_\_\_\_

Home Phone(Casa): \_\_\_\_\_

Cell Phone/ Pager (Numero Celular): \_\_\_\_\_

Email address (Correo electrónico) : \_\_\_\_\_



United Way  
of Massachusetts Bay

**Father's Information (Información del Padre)**

Name (Nombre): \_\_\_\_\_

Home Address: (Dirección de la Casa): \_\_\_\_\_

City, State, Zip Code (Ciudad, Estado, Código Postal):

\_\_\_\_\_

Business Phone (Teléfono del Trabajo): \_\_\_\_\_

Name of Business (Nombre del Trabajo): \_\_\_\_\_

Work Address (Dirección del Trabajo):

\_\_\_\_\_

Home Phone (Casa): \_\_\_\_\_

Cell Phone/ Pager (Numero Celular): \_\_\_\_\_

Email address (Correo electrónico) : \_\_\_\_\_

**Emergency Contact Information (Contacto de Emergencia)**

Name of Child (Nombre de Niño): \_\_\_\_\_

Date of Birth (Fecha de Nacimiento): \_\_\_\_\_

**Instructions to Reach Parent/Guardian (Instrucción para Comunicarse con Padres/Guardianes:**

1. Name, Address, Phone Number (Nombre, Dirección, Telefono):

\_\_\_\_\_

2. Name, Address, Phone Number ( Nombre Dirección, Telefono):

\_\_\_\_\_

***If parent(s) cannot be reached, in case of emergency contact:*** (En caso de que no podamos comunicarnos con los padres, y surja una emergencia llamamos a:)

1. Name(Nombre): \_\_\_\_\_

Relationship (Relación): \_\_\_\_\_

Address (Dirección): \_\_\_\_\_

City, State, Zip Code (Ciudad, Estado, Código Postal):

\_\_\_\_\_

Telephone (Teléfono):

Home (Casa): \_\_\_\_\_ Work(Trabajo): \_\_\_\_\_

Other (Otro Número): \_\_\_\_\_

2. Name(Nombre): \_\_\_\_\_

Relationship (Relación): \_\_\_\_\_

Address (Dirección): \_\_\_\_\_

City, State, Zip Code (Ciudad, Estado, Código Postal):

\_\_\_\_\_

Telephone (Teléfono):

Home (Casa): \_\_\_\_\_ Work(Trabajo): \_\_\_\_\_

Other (Otro Numero): \_\_\_\_\_

### **Medical Emergency Treatment/Tratamiento de Emergencia Médica**

I hereby give (Yo doy al) \_\_\_\_\_

(name of program/nombre del programa)

permission to administer basic first aid and/or CPR to my child (permiso de aplicar los primeros

auxilios y/o CPR a mi hijo/a ) \_\_\_\_\_

(name/nombre)

and/or take my child (y/o llevar a mi hijo/a al) \_\_\_\_\_,

(name/nombre)

to a hospital for medical treatment when I cannot be reached or when delay would be dangerous  
to my child's health (al hospital para tratamiento medico cuando no puedan comunicarse  
conmigo o si la tardanza seria peligrosa para la salud de mi hijo).

Parent signature (Firma de Padres) \_\_\_\_\_ Date (Fecha) \_\_\_\_\_

### **Insurance Information/Información del Seguro**

Company Name (Nombre de la compañía): \_\_\_\_\_

Policy # (numero de póliza) \_\_\_\_\_

Participating Hospital (Hospital): \_\_\_\_\_

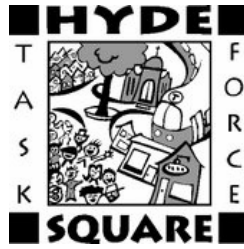
Special Instructions (Instrucciones especiales) : \_\_\_\_\_

**Does your child require medication during program operating hours?**

¿ Su hijo/a requiere medicamentos durante las horas del programa?

**YES/ SI** \_\_\_\_\_

**NO** \_\_\_\_\_



### Data Intake Form

Name of Child: \_\_\_\_\_

Child's country of birth: \_\_\_\_\_ Parent's country of birth: \_\_\_\_\_

Language(s) spoken at home: \_\_\_\_\_

Race: \_\_\_\_\_ Ethnicity: \_\_\_\_\_

Child's School in Fall: \_\_\_\_\_ Number of people living at home: \_\_\_\_\_

Does your child have any special needs or circumstances we should know about?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Does your family receive any of the following? (Check all the apply):

TAFDC                       SSI/SSDI                       Food Stamps  
 WIC                               Refugee assistance                       Other assistance. Specify: \_\_\_\_\_

---

### Forma de Información

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

País de nacimiento del niño/a: \_\_\_\_\_ País de nacimiento del los padres: \_\_\_\_\_

Lenguaje hablado en casa: \_\_\_\_\_

Rasa: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_

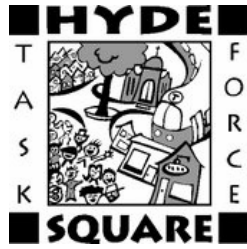
Escuela del niño en el otoño: \_\_\_\_\_ Numero de personas viviendo en casa: \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño/a alguna necesidad especial o alguna circunstancia que deberíamos saber?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Recibe su familia alguno beneficio de los siguientes? (Marca todo que se aplique):

TAFDC                       SSI/SSDI                       Food Stamps  
 WIC                               Asistencia de Refugiado                       Otra asistencia. Especifique: \_\_\_\_\_



**Pick-Up Procedure (Proceso de a la Hora de Salida)**

Will child walk home from the summer program? Yes\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Va a caminar su hijo solo a la casa después del campamento de verano? Si \_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

**Please list people who are authorized to pick up your child.**

Por favor, mencione todas las personas que están autorizadas a recoger a su niño/a.

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Relation/Relación: \_\_\_\_\_

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Relation/Relación: \_\_\_\_\_

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Relation/Relación: \_\_\_\_\_

***Your child will not be released to anyone not listed above.***

***No le entregaremos su hijo a ninguna persona no mencionada previamente.***

If someone other than the above mentioned will pick up your child you are required to provide, in writing, the name of the person whom you wish to pick up your child.

Si una persona fuera de la lista de autorización recogerá a su niño/a usted tiene que comunicarlo por escrito la directora del programa.



## Health (Salud)

Please list any allergies, medications, and/or other related information.

Favor de indicar alergias, medicamentos, o cualquier información pertinente.

### 1. Allergies (Alergias):

---

---

---

### 2. Medication (Medicamentos):

---

---

---

### 3. Related Information (Información pertinente):

---

---

---

Parents Signature (Firma dePadres): \_\_\_\_\_

Date (Fecha): \_\_\_\_\_



### Permission Slip

1. I give permission for my child to go swimming with the program staff.

Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

*Child's swimming experience (circle one only):*

*Fears water      non-swimmer      intermediate swimmer      advanced swimmer*

2. I give permission for my child to go on field trips that involve walking, taking public transportation, or riding a bus.

Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

3. I give permission for the Hyde Square Task Force to take pictures of my children at the summer program.

Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

4. I give permission for the Hyde Square Task Force and its staff to take my child to a local hospital in case of emergency.

Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

5. I give permission for trained staff to administer first aid or CPR to my child in case of an accident.

Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

I consent to the enrollment of my child(ren): \_\_\_\_\_  
(name)

in the Hyde Square Task Force summer program and agree that the Hyde Square Task force or its staff will not be responsible in case of illness or injury while in attendance at all program activities.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## Hoja de Permiso

1. Yo doy permiso para que mi hijo/a participe en las actividades de natación mientras que estén supervisados por el personal del Comité de Hyde Square.

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

***Experiencia de natacion del nino/a (marque uno):***

***Tiene miedo                  No sabe                  Intermedio                  Avanzado***

2. Yo doy permiso para que mi hijo/a participe en paseos y caminatas afuera del vecindario bajo la supervisión del personal del Comité de Hyde Square incluyendo uso de transportación pública (MBTA) transportación privada.

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

3. Yo doy permiso para que fotos de mi hijo/a sean tomadas en el programa de verano con el entendimiento que las fotografías podrán ser usadas para publicidad.

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

4. Yo doy permiso que en caso de un accidente o enfermedad seria, el personal lleve a mi hijo/a al hospital local o clínica para tratamiento de emergencia.

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

5. Yo doy permiso para que el personal entrenado le administre primeros auxilios y/o CPR a mi hijo/a en caso de un accidente.

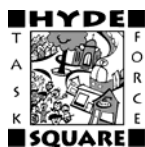
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Yo autorizo la inscripción de mi(s) hijo/a (s): \_\_\_\_\_  
(nombre)

en el programa de verano del Comité de Hyde Square y estoy de acuerdo, que el Comité de Hyde Square o sus trabajadores no serán responsable por enfermedades o heridas que puedan ocurrir durante las actividades del programa de verano.

Firma del Padre o Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## Consent and Release

**Promotional Release:**

Yes

No

I hereby grant consent to release photographs and/or video footage of my child to the Hyde Square Task Force for commercial and art purposes in any medium of advertising, communication, or publicity that will promote the Hyde Square Task Force programs and services, and recognition of participants.

**Off-Site Field Trip Consent:**

Yes

No

I consent to my child's participation in field trips with the Hyde Square Task Force's Arts in the Summer Program and agree to hold the Hyde Square Task Force and its staff harmless for any illness or injury to my child while on said trip and agree to allow the Hyde Square Task Force and its staff permission to provide emergency medical care to my child, if necessary.

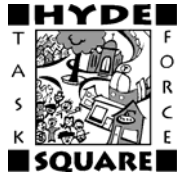
The program will provide in writing a list of scheduled activities and field trips that will take place off-site. I understand that any other destination within the program will require my written permission in advance.

Name of participant: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name (please print): \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



## Permiso

**En caso de promociones:**

Si

No

Por este medio autorizo al Comité de Hyde Square, entidad sin fines de lucro; a utilizar fotos de mi hijo/a en cualquier asunto relacionado a las artes, comunicación, promoción comercial y/o publicidad de cualquiera de los programas, servicios o participantes del Comité de Hyde Square.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Número de Salon \_\_\_\_\_

Nombre del padre/encargado (imprima) \_\_\_\_\_

Firma del padre/encargado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

## Consentimiento de Nino/a para salir del Programa

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo mi Nino/a, \_\_\_\_\_  
(Nombre de Padre/Guardian) (Nombre de Nino/a)  
para dejar el programa. Este permiso coje afecto en \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.  
(fecha) (fecha)

Esta autorizacion inculye y no es limatado a:

- Reuniones con los empleados de la escuela John F. Kennedy.
- Apoyo academico por los empleados de la escuela John F. Kennedy.
- Otros programas en la misma localizacion.

Dando este consentimiento, Yo estoy de acuerdo a :

- Someter una lista de programas y horario en que participe mi nino/a.
- Someter una lista de profesores y empleados de la escuela que trabajan regularmente con mi nino/a.
- Informarle a los empleados del Hyde Square Task Force cuando mi nino/a no pueda atender.

Yo entiendo que los empleados del Hyde Square Task Force tienen el derecho para rescindir los derechos que estan arriba si los empleados decide que el comportamiento de mi nino/a justifica las limitaciones de los privilegios.

Yo entiendo que mi nino/a no estara supervisado po los empleados del Hyde Square Task Force cuando este afuera del programa. Yo entiendo que yo estoy responsable cuando mi nino/a deje el programa.

\_\_\_\_\_  
(Firma de Padre/Guardian)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)