



**THE HYDE SQUARE TASK FORCE**

375 CENTRE STREET  
JAMAICA PLAIN, MA  
02130

TEL: 617-524-8303  
FAX: 617-524-2747

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



**United Way**  
of Massachusetts Bay

# 2007 Summer Registration Form

Please circle one (por favor circule uno):

Arts in the Summer Youth Program (Grades 1<sup>st</sup>-5<sup>th</sup> in Fall 2007, at least 6 years old/1<sup>ro</sup>-5<sup>to</sup> grado en el Otoño de 2007, tiene que tener pelo menos 6 anos de edad)

Youth Summer Enrichment Program (Grades 6<sup>th</sup>-8<sup>th</sup> in Fall 2007/6<sup>to</sup>-8<sup>vo</sup> grado en el Otoño de 2007)

(Extended hours offered only to those with siblings in our Arts in the Summer Youth Program for an additional fee./Tiempo adicional será disponible solo para los estudiantes que tiene familiares en nuestro programa de Arte de Verano por un costo adicional.)

Please check one (por favor marquee una):

9:00am-3:00pm

9:00am-4:30pm (Extended hours/Tiempo adicional)—for an additional fee/por un costo adicional.

## Contact Information (Hoja de Información)

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

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

Address (Direccion): \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

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

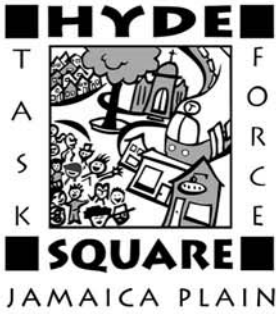
## Mother's Information (Información de la Madre)

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

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

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

\_\_\_\_\_



**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



**United Way**  
of Massachusetts Bay

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

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

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

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

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

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

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

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

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

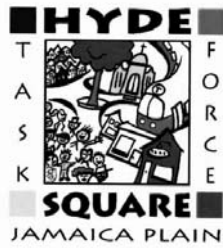
Business Phone (Teléfono del Trabajo): \_\_\_\_\_

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

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

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

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



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

Name of Child (Nombre del 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) \_\_\_\_\_

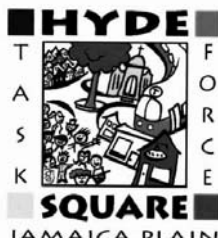
Participating Hospital (Hospital): \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_



**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:\_\_\_\_\_

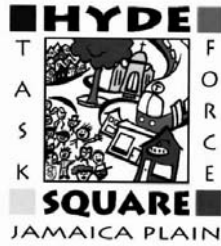
Name/Nombre:\_\_\_\_\_Relation/Relación:\_\_\_\_\_

***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 indicar alergias, medicamentos, o cualquier información pertinente.

1. Allergies (Alergias):

---

---

---

2. Medication (Medicamentos):

---

---

---

3. Related Information (Información pertinente):

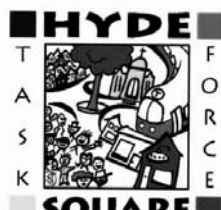
---

---

---

Parents Signature (Firma de Padres): \_\_\_\_\_

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 natación del niño/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: \_\_\_\_\_