

**Norton Academy: A Language and Science Academy**  
**Lewis Center for Educational Research**



**AFTER SCHOOL PROGRAM—1:30-6:00 pm**  
**AUGUST 9, 2016 - JUNE 8, 2017**

**NAME OF CHILD** \_\_\_\_\_ **GRADE** \_\_\_\_\_ **TEACHER** \_\_\_\_\_

**PARENT** \_\_\_\_\_

**HOME PHONE** \_\_\_\_\_ **CELL PHONE** \_\_\_\_\_

**WORK PHONE** \_\_\_\_\_ **OTHER PHONE** \_\_\_\_\_

**SPECIAL MEDICAL NEEDS** \_\_\_\_\_

YES, I would like to enroll my child in the NSAA After School Childcare program.

1:30-2:35 pm (1 hour care \$3 per day- TK & K)

1:30-6:00 pm

2:45-6:00 pm

On the following days of the week:

Monday

Tuesday

Wednesday

Thursday

Friday

I will provide pre payment on a:

Weekly basis (due on the first day of the week)

Monthly basis (due on the first day of the month)

FEES—to be paid via check made out to NSAA (include **ASP** and name of child)

Daily Cost for 1 hour care- \$3.00

Daily cost--\$7.00/day

Weekly charge--\$35.00

I will pay on a weekly basis

I will pay on a monthly basis

Signed \_\_\_\_\_

Office Use Only
Paid _____
_____
_____
_____

**ALL RULES AND POLICIES STIPULATED IN THE NSAA PARENT/STUDENT HANDBOOK APPLY TO THE AFTER SCHOOL PROGRAM.**

**Norton Academy: A Language and Science Academy**  
**Lewis Center for Educational Research**



**CUIDADO DE NIÑOS DESPUÉS DE LA ESCUELA -1:30-6:00 pm**  
**9 DE AGOSTO DEL 2016 AL 8 DE JUNIO DEL 2017**

**NOMBRE DEL NIÑO/A** \_\_\_\_\_ **GRADO** \_\_\_\_\_ **MAESTRO/A** \_\_\_\_\_

**PADRES** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO DE CASA** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO CELULAR** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO DEL TRABAJO** \_\_\_\_\_ **OTRO TELÉFONO** \_\_\_\_\_

**NECESIDADES MÉDICAS** \_\_\_\_\_

- Sí, quisiera inscribir a mi hijo/a en el programa de después de la escuela de NSAA. Mi estudiante vendrá al programa:
- 1:30-2:45 pm (Cuidado de 1 hora TK & K por \$3 el día)
- 1:30-6:00 pm
- 2:45-6:00 pm

- Los siguientes días (marque los días):
  - Lunes
  - Martes
  - Miércoles
  - Jueves
  - Viernes

- Yo pagaré con anticipación
  - Por semana (el pago se tiene que entregar el primer día de la semana)
  - Por mes (el pago se tiene que entregar el primer día hábil del mes)

CHEQUES—los cheques se deben hacer a nombre de NSAA (incluya **ASP** y el nombre del estudiante)

Costo diario por el cuidado de una hora \$3.00 por día  
Costo diario--\$7.00 por día  
Costo semanal--\$35.00

Office Use Only
Paid _____
_____
_____
_____
_____

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**TODAS LAS REGLAS Y PÓLIZAS DEL MANUAL DE PADRES Y ESTUDIANTES SON APLICABLES AL PROGRAMA DE CUIDADO DE DESPUÉS DE ESCUELA.**