



**2023-2024
AFTER-SCHOOL TUTORING
REGISTRATION FORM**

Please submit this form along with registration fee. Your child will not be registered without a completed form AND paid registration fee.

Student Information

Name: _____ Current Grade Level: _____

School Attending: _____

Teacher's Name: _____ Teacher's Email _____

Date of Birth: _____ Sex: _____ Ethnicity: _____

Does your child participate in: ELL _____ SpED _____ Free/Reduced Lunch _____

Primary Guardian: _____

Email Address _____

Home Address: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____

Place of Employment: _____ Work Phone: _____

Secondary Guardian: _____

Home Address: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____

Place of Employment: _____ Work Phone: _____

Child's Physician: _____ Phone: _____

Are your child's immunizations current and on file at your school? Yes _____ No _____

PLEASE COMPLETE THE BACK OF THIS FORM

Child's health is: Excellent Good Fair Poor
Please describe any and all medical conditions and/or health issues including allergies:

Pick Up Information

To ensure your child's safety, please list all adults to whom your child may be released. (Must be at least 17 years old)

Name	Relationship	Phone Number

Emergency Information

*The person listed below is authorized to act for the parent in the case of an emergency. **(CANNOT BE PARENTS)***

Name: _____ Relationship: _____

Phone Number(s): _____

PHOTO RELEASE POLICY: *Gentry's uses students' photos on the Gentry's Educational Foundation website, promotional items, and social media sites. We publish only photos and first names unless parent requests otherwise.*

I have read and understand the Gentry's Educational Foundation photo release policy.

- ___ YES, Gentry's has permission to use my child's photo.
- ___ NO, Gentry's DOES NOT have permission to use my child's photo.

I have received a copy of the Gentry's Educational Foundation Parent Handbook and a summary of the Tennessee Department of Education Rules and Regulations. I give Gentry's Educational Foundation permission to access my child's educational records such as test scores and report cards. This information will remain confidential, and no names will be used in reporting to the public. In the event of an emergency and if I cannot be contacted on any phone number which I have provided in my child's registration, and my emergency contacts cannot be reached, I give permission to Gentry's Educational Foundation personnel to obtain whatever medical treatment they deem necessary for my child. I waive release and hold harmless Gentry's Educational Foundation, their employees, volunteers, and agents from all legal and financial responsibility and from all costs, injuries and/or other damages which might occur from the decision to provide medical treatment to my child(ren) and from the choice of the provider of the medical treatment by Gentry's personnel. I authorize the use and disclosure of my child's health information for purposes of securing medical treatment.

Signature of Parent/ Guardian: _____ **Date:** _____

For Office Use Only: Payment _____ Cash ___ Check # _____ Date Rec. _____
Student ID _____ SA: ELA _____ MATH _____



2023-2024

TUTORÍA DESPUÉS DE LA ESCUELA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Envíe este formulario junto con la tarifa de registro. Su hijo no será registrado sin un formulario completo Y pago de la cuota de inscripción.

Información del estudiante

Nombre: _____ Grado actual: _____

Escuela a la que asiste: _____

Nombre del maestro: _____ Email del Maestro _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Etnia: _____

¿Participa su hijo en: ELL _____ SpED _____ Almuerzo gratis/precio reducido _____

Tutor principal: _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Dirección de casa: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Lugar de empleo: _____ Teléfono del trabajo: _____

Tutor secundario: _____

Dirección de casa: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Lugar de empleo: _____ Teléfono del trabajo: _____

Médico del niño: _____ Teléfono: _____

¿Las vacunas de su hijo están actualizadas y archivadas en su escuela? Sí _____ No _____

La salud del niño es: Excelente Buena Regular Mala

For Office Use Only: Payment _____ Cash _____ Check # _____ Date Rec. _____

Student ID _____ SA: ELA _____ MATH _____

Describa todas y cada una de las condiciones médicas y/o problemas de salud, incluidas las alergias:

Información de Recogida:

Para garantizar la seguridad de su hijo, enumere a todos los adultos a quienes se les puede entregar a su hijo. (Debe tener al menos 17 años)

Nombre	Relación	Número de teléfono
--------	----------	--------------------

Información de emergencia

La persona que se indica a continuación está autorizada para actuar en nombre de los padres en caso de una emergencia. (NO PUEDEN SER PADRES)

Nombre: _____ Relación: _____

Número(s) de teléfono): _____

POLÍTICA DE PUBLICACIÓN DE FOTOS: *Gentry's usa fotos de los estudiantes en el sitio web de la Fundación Educativa de Gentry's, artículos promocionales y sitios de redes sociales. Publicamos solo fotos y nombres a menos que los padres soliciten lo contrario.*

He leído y comprendo la política de divulgación de fotografías de la Fundación Educativa de Gentry's.

___ **SÍ**, Gentry's tiene permiso para usar la foto de mi hijo.

___ **NO**, Gentry's NO tiene permiso para usar la foto de mi hijo.

He recibido una copia del Manual para padres de la Fundación Educativa de Gentry's y un resumen de las Normas y reglamentos del Departamento de Educación de Tennessee. Doy permiso a la Fundación Educativa de Gentry's para acceder a los registros educativos de mi hijo, como los puntajes de las pruebas y las boletas de calificaciones. Esta información permanecerá confidencial y no se usarán nombres para informar al público. En el caso de una emergencia y si no pueden contactarme en ningún número de teléfono que he proporcionado en el registro de mi hijo, y mis contactos de emergencia no pueden ser localizados, doy permiso al personal de la Fundación Educativa de Gentry's para obtener cualquier tratamiento médico que consideren necesario para mi niño. Renuncio a liberar y eximir de responsabilidad a la Fundación Educativa de Gentry's, sus empleados, voluntarios y agentes de toda responsabilidad legal y financiera y de todos los costos, lesiones y/u otros daños que puedan ocurrir por la decisión de brindar tratamiento médico a mi(s) hijo(s) y de la elección del proveedor del tratamiento médico por parte del personal de Gentry's. Autorizo el uso y la divulgación de la información de salud de mi hijo con el fin de obtener tratamiento médico.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

For Office Use Only: Payment _____ Cash ___ Check # _____ Date Rec. _____ Student ID _____ SA: ELA _____ MATH _____
