



PILAS! Family Literacy Program 2016 FAMILY APPLICATION

Check which Session:

SPRINGFIELD: Oct. 3 – Dec. 7, Mon /Wed
Two Rivers Elementary: 1084 G. St., Springfield

BETHEL: Oct. 4 – Dec. 8, Tue /Thurs
Fairfield Elementary: 3455 Royal Ave, Eugene

FAMILY INFORMATION:

ADULTS:

First Name	Last Name	Relation (mother, guardian, etc)

CHILDREN between 0 -13 years old:

First Name	Last Name	Birth Date (M /D/ YR)	School	Grade

Street / PO Box: _____ City: _____ Email: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Text OK? Yes

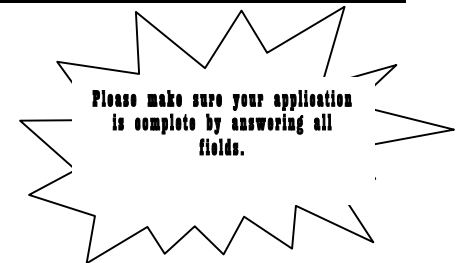
Emergency Contact Name: _____ Phone #: _____

Medication Information: (allergies, medication, restrictions, special diet, etc.)

PARENT PERMISSSION Please check the following for permission to:

- _____ take pictures of me and my child/children for program purposes
- _____ communicate with school staff and program partners about my children
- _____ participate in field trips during the program

I understand class attendance is mandatory and that I need to contact the Pilas program coordinator or Downtown Languages in advance if I will be absent.



Parent or Guardian Signature

Date

Please call, or return this completed application to your child's school, MEP or Downtown Languages: 221 B. Street, Springfield

Downtown Languages: 541-686-8483 / Migrant Education Program: 541-461-8382 MEP@lesd.k12.or.us

SCHOOLS: Please Courier completed forms to Lane ESD, Attn: MEP

OFFICE:
 ELD MEP



PILAS! - Programa de educación para toda la familia 2016 SOLICITUD FAMILIAR

Elija cuál clase:

- SPRINGFIELD:** 3 oct. – 7 dic., Lunes/Mier.
Primaria “Dos Ríos”: 1084 G St, Springfield
- BETHEL:** 4 oct. – 8 dic., Martes/Jueves
Primaria “Fairfield”: 3455 Royal Ave, Eugene

Información de la familia:

ADULTOS:

Nombre	Apellido	Relación (madre, tutor, etc)

NIÑOS entre 0 y 13 años

Nombre	Apellido	Fecha de Nac. (mes/día/año)	Escuela	Grado

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Coreo electrónico: _____

Tel. de la casa: _____ Tel. Celular: _____ Text OK? Si

Contacto en caso de emergencia: _____
Nombre _____ Teléfono _____

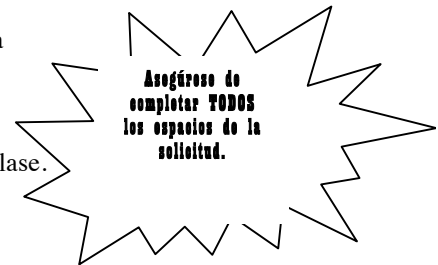
Datos de salud (alergias, medicamentos, restricciones de actividades, dieta especial, etc.):

PERMISO DE LOS PADRES Marque los siguientes puntos para dar consentimiento a:

- _____ tomar fotos de mis niños/as y de mí para ser usadas por el programa
- _____ comunicar y compartir información con las escuelas y agencias que patrocinan el programa
- _____ participar en las excursiones del programa

Yo, como padre, entiendo que es obligatorio asistir a las clases y que necesito avisar a la Coordinadora de Pilas o la oficina de Downtown Languages con anticipación si necesito faltar a clase.

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____



Favor de llamarnos o devolver esta solicitud completa a la escuela de su niño/a, a MEP o a Downtown Languages: 221 B. Street, Springfield 97477

Downtown Languages: 541-686-8483 / Programa de Educación Migrante: 541-461-8382 MEP@lesd.k12.or.us

SCHOOLS: Please Courier completed forms to Lane ESD, Attn: MEP

OFICINA
 ELD MEP