



## Early Release

Provided at Casa Esperanza

11:45am-6:00pm

**\$30 per child NOT CURRENTLY ENROLLED IN BASC**

Please indicate which Early Release day needed:

Friday, August 24

\_\_\_\_\_

Wednesday, November 14

\_\_\_\_\_

Friday, December 14

\_\_\_\_\_

Friday, March 22 (CLOSED AT 3:30 pm)

\_\_\_\_\_

Friday, April 19

\_\_\_\_\_

**Students Name/Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_

**Classroom/Salón de Clase:** \_\_\_\_\_

**Allergies/Alergias:** \_\_\_\_\_

Please have a packed lunch for your child and an afternoon snack

**Pick up and Sign Out will be in the front office. The program ends promptly at 6pm.  
There will be a \$5 per 5 minutes after 6pm.**

- Please make checks payable to CEMCS. Por favor haga su cheque a CEMCS
- All forms with payments attached are **due one week prior the early release day**
- **Forms turned in after the due date, is an additional \$10**
- Spaces are only available on a first come first-served basis- Space is limited. *Espacio es limitado.*
- If you have any questions, contact/ *Si tiene alguna pregunta por favor contacte :*  
**Dionne Smith at** [dsmith@cemcs.org](mailto:dsmith@cemcs.org)



## Emergency Contact and Pick-up Information / *Información en caso de Emergencia*

### Parent / Guardian Information – Información sobre el Padre/Guardián

PRIMARY CONTACT/CONTACTO PRIMARIO:
PHONE NUMBERS/ NÚMERO DE TELÉFONOS: HOME/CASA: WORK/TRABAJO: _____ CELL/CELULAR: _____
E-MAIL ADDRESS(ES)/ DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:
SECONDARY CONTACT/ CONTACTO SECUNDARIO:
PHONE NUMBERS/ NÚMERO DE TELÉFONOS HOME/CASA: WORK/TRABAJO: _____ CELL/CELULAR: _____
ALTERNATE CONTACT/CONTACTO ALTERNATIVO:
PHONE NUMBERS/ NÚMERO DE TELÉFONOS HOME/CASA: WORK/TRABAJO: _____ CELL/CELULAR: _____

Casa Esperanza is not authorized to administer medication of any type without written authorization from your child’s physician. If your child may need medication during the school day, please request a “Parent Request and Physician’s Order Form” which must be filled out by a physician and returned to the front office. *Casa Esperanza no está autorizada para administrar ningún tipo de medicina sin prescripción médica. Si su niño/a necesita algún medicamento durante el transcurso del día escolar, por favor solicite un “Formulario de Prescripción Médica” el cual tiene que ser escrito por un doctor y luego devuelvalo a la oficina de la escuela.*

### Authorization to Pick Up the Child/Autorización Pare Recoger a Su Niño/a

The following person or persons (and parents) are authorized to pick up my child (please include phone number)/La(s) siguiente(s) persona(s) (y padres) están autorizado(s) para recoger a mi niño/a (por favor incluya el número de teléfono de cada persona):

NAMES/NOMBRES	PHONE NUMBERS/NUMEROS DE TELEFONO
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

Parent Signature/Firma del Padre: \_\_\_\_\_

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