



<b>STAFF COMPLETES</b>			
<b>Registration Date/ Fecha de hoy</b>		<b>Group/Activity</b>	
<b>PARTICIPANT INFORMATION/INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE</b>			
<b>Last Name/ Apellido</b>		<b>First Name, Middle/ Nombre, Inicial</b>	
<b>Home Address/ Dirección</b>			<b>Apt/Apto</b>
<b>City/Cuidad</b>	<input type="checkbox"/> Manhattan <input type="checkbox"/> Queens <input type="checkbox"/> Bronx <input type="checkbox"/> Brooklyn <input type="checkbox"/> Staten Island <input type="checkbox"/> _____		
<b>State/Estao</b>	<input type="checkbox"/> NY <input type="checkbox"/> NJ <input type="checkbox"/> _____	<b>Zip Code/ Codigo Postal</b>	
<b>Home Telephone/ Teléfono de su casa</b>			
<b>Housing/Vivienda</b>	<input type="checkbox"/> Rental/Alquiler <input type="checkbox"/> NYCHA Housing/Proyectos NYCHA <input type="checkbox"/> Other/Otro <input type="checkbox"/> Family Owned/ Propiedad Familiar		
<b>Age/Edad</b>		<b>Gender/Sexo</b>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> No Response
<b>Date of Birth/ Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)</b>		<b>Primary Language Spoken/ Lenguaje Principal</b>	
<b>Current Grade/ Grado</b>		<b>School/ Escuela</b>	
<b>School Type/ Tipo de Escuela</b>	<input type="checkbox"/> Public/Publica <input type="checkbox"/> Charter/Carta <input type="checkbox"/> Private/Privada <input type="checkbox"/> Parochial/Parroquial <input type="checkbox"/> Home School <input type="checkbox"/> Other/Otro		
<b>Does Child have an IEP?</b>	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<b>If Yes, date of recent evaluation</b>	
<b>Does Child have a 504 Plan?</b>	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<b>If Yes, date of recent plan</b>	
<b>Ethnicity/ Etnicidad</b>	<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Non-Hispanic or Non-Latino		
<b>Race/Raza (Select All That Applies)</b>	<input type="checkbox"/> American Indian/Indio Americano <input type="checkbox"/> Other/ Multi-Race/Otro/Multi-Raza <input type="checkbox"/> No Response <input type="checkbox"/> Asian/Asiático <input type="checkbox"/> Pacific Islander/Isleño Pacificas <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African-American/Afroamericano		
<b>Any Medical Conditions/Allergies/ Alguna condición medica/Alergias</b>	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<b>If yes explain/ Si es si porfavor de explicar</b>	
<b>Youth's Last Name/ Apellido</b>		<b>Youth's First Name/ Nombre</b>	
<b>PARENT/GUARDIAN INFORMATION/INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN</b>			

<p><b>Bernie Wohl Center</b> 647 Columbus Avenue, NY, NY 10025 (212) 799-9400 dnoyola@goddard.org</p>	
---	--



<b>Primary Parent/Guardian</b>			
<i>Last Name/ Apellido</i>		<i>First Name/ Nombre</i>	
<i>Relationship/Relación</i>			
<i>Home Telephone/Teléfono de la casa</i>			
<i>Cell/Other Telephone/Teléfono del celular</i>			
<i>Business Telephone/Teléfono del trabajo</i>			
<i>Email Address/Coreo Electronico</i>			
<i>Primary Language Spoken/ Lenguaje Primario</i>			
<b>Additional Contact</b>			
<i>Last Name/ Apellido</i>		<i>First Name/ Nombre</i>	
<i>Relationship/Relación</i>			
<i>Home Telephone/Teléfono de la casa</i>			
<i>Cell/Other Telephone/Teléfono del celular</i>			
<i>Business Telephone/Teléfono del trabajo</i>			
<i>Email Address/ Coreo Electronic</i>			



Youth's Last Name/ Apellido	Youth's First Name/ Nombre
--------------------------------	-------------------------------

**EMERGENCY CONTACTS & DISMISSAL AUTHORIZATION /  
CONTACTOS DE EMERGENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA RECOGER A LOS NIÑOS**

Please provide us with a list of additional names and telephone numbers of alternate persons whom we may contact in case of emergency. Designate any of these people as authorize to pick up your child by checking the box beside their name. I will notify Goddard Riverside Community Center if there are any changes in the persons named in emergency contacts and dismissal authorizations **Parent/Guardian is automatically included as an authorized person. Authorized escorts under 14 old years of age will be allowed at the Program's discretion. /**

Por favor provenos con una lista de nombres y telefonos de personas que podemos llamar en caso de emergencia y que pueden recoger a su hijo(a) del programa. Yo notificaré a Goddard Riverside Community Center si hay cambios en los nombres de las personas que estan en los contactos de emergencia y autorización de partida. **Padres/Guardianes están automáticamente incluidos como personas autorizadas. Escortas autorizadas menos de 14 años de edad serán permitidos a la discreción del programa.**


Last Name/Appellido	First Name/Nombre	Telephone/Telefono	Relationship/ Relación	Pick Up/ Recojer
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

I give permission for my child to walk home alone. / Yo autorizo a que mi hijo/a camine solo a su casa.

Child **may not** be picked up by: /El niño **no puede** ser recogido por:

Last Name/ Apellido	First Name/Nombre	Relationship/ Relación

Youth's Last Name/	Youth's First Name/
--------------------	---------------------

<p><b>Bernie Wohl Center</b> 647 Columbus Avenue, NY, NY 10025 (212) 799-9400 dnoyola@goddard.org</p>	
---	---



<i>Apellido</i>		<i>Nombre</i>	
-----------------	--	---------------	--

**PARENT/GUARDIAN CERTIFICATION & AGREEMENT/  
CERTIFICACIÓN Y ACUERDO DEL PADRE O GUARDIÁN**

As a condition of registration of my child in the **PROGRAM** of **GODDARD RIVERSIDE COMMUNITY CENTER (CENTER)**, I agree to the following:/Como condición del registro de mi hijo(a) en el **PROGRAMA** en **GODDARD RIVERSIDE COMMUNITY CENTER**, yo convengo lo siguiente:

All of the given information on registration contract is correct. **I will follow program rules and regulations** including making adequate arrangements to have young children picked up at dismissal time. I will, to the best of my ability, support my child’s participation and development and will communicate with the **CENTER** to accomplish these goals. /Toda la información en el contrato de registraci3n esta correcta. **Yo entiendo las reglas y polizas** y voy a hacer lo mejor posible para recoger a mi hijo(a) a tiempo al la hora de partida del programa. Yo voy hacer lo mejor posible para apoyar a mi hijo(a) durante su participaci3n en le **programa**.

**WAIVER/ RENUNCIA:** I hereby authorize **Goddard Riverside Community Center** and **DYCD** or any of its designees to photograph and record, both digital and analog, my child for any and all purposes in connection with **Goddard Riverside Community Center and DYCD**. I agree to hold **Goddard Riverside Community Center** and **DYCD** harmless from any liability arising out of photographs, digital images, videos and recordings and waive any compensation for pictures, printed works or audio/visual products of or by my child. /Yo autoriz3 a **Goddard Riverside Community Center y DYCD** que retrat3 o grabe a mi hijo(a) para todo los propositos en conexi3n a **Goddard Riverside Community Center**. Estoy de aguerdo con mantener a **Goddard Riverside Community Center y DYCD** libre de toda responsabilidad que pueda surgir de las fotografias, imagenes, videos y grabaciones de mi hijo(a).

**MEDICAL AUTHORIZATION/ AUTORIZACI3N MEDICA:** In the event of an emergency, and after every attempt has been made to contact me, I hereby give permission for the agency, **Goddard Riverside Community Center**, to get medical treatment for my child. I further authorize the doctor or the hospital to which my child may be brought and whomever they may designate as their assistant, to perform any emergency procedure or operation on my child during their attendance in **the Goddard Riverside Community Center** program. /En el evento de una emergencia, y despu3 de que todos los medios de comunicarse conmigo sean agotados, yo le doy permiso a la agencia de **Goddard Riverside Community Center** de obtener atenci3n medica para mi hijo(a). Adem3s autorizo al medico y al hospital que pueden hacer cualquier procedimiento de emergencia o cirugia durante su asistencia en **Goddard Riverside Community Center**.

**PROGRAM FEES/HONORARIOS DEL PROGRAMA**

<b>FEE SCALE</b>	
5 week session	\$100

***If applying for a scholarship (call 212-799-9400 and ask for Performing Arts)***

<b><i>Gross Annual Income</i></b>	<b><i>Number of People In Household</i></b>
-----------------------------------	---

--	--


<p><b>Bernie Wohl Center</b> 647 Columbus Avenue, NY, NY 10025 (212) 799-9400 dnoyola@goddard.org</p>	
---	---



<i>Parent/Guardian Signature/ Firma del Padre/Guardián</i>		<i>Date/Fecha</i>	
<i>Youth's Last Name/ Apellido</i>		<i>Youth's First Name/ Nombre</i>	

**TO COMPLETE THE REGISTRATION:**

- Payment:**  
Checks and money orders should be made out to Goddard Riverside Community Center  
Cash and credit card payments accepted at 647 Columbus Avenue between 10am and 6pm, Monday-Friday
- Medical Form:** please include your child's last Medical Physical (within last 12 months)
- Submission:** email completed application to [dnoyola@goddard.org](mailto:dnoyola@goddard.org) or send to Goddard Riverside, 647 Columbus Ave, NYC 10025

<p><b>Bernie Wohl Center</b> 647 Columbus Avenue, NY, NY 10025 (212) 799-9400 <a href="mailto:dnoyola@goddard.org">dnoyola@goddard.org</a></p>	
--	---