

**Pope St. John Paul II Catholic Academy**  
**EXTENDED CARE AGREEMENT / EMERGENCY FORM / PICK-UP AUTHORIZATION**

Family Name \_\_\_\_\_

School Year 20\_\_\_\_ - 20\_\_\_\_

As parent or legal guardian of the student(s) listed below, I/we recognize the value of the community at Pope St. John Paul II Catholic Academy, and I/we agree to the following terms and conditions of the Extended Care Program.

1. I/we agree to pay the Extended Care Bill within 5 days of its receipt.
2. I/we understand the billing procedure and know that my child(ren) will be removed from the program if 2 consecutive payments are missed. Once payment is made I may re-enroll my child(ren).
3. I/we will speak with the School's Head of School/Principal if there is a problem with our ability to pay.
4. I/we accept the terms and conditions of this agreement and by signing it, I/we freely agree to abide by the aforementioned terms and conditions.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Should an emergency arise, I/we give permission to seek and obtain medical attention for my child(ren) listed below. I/we understand that it may be necessary to contact emergency personnel prior to notifying me/us.

\_\_\_\_\_  
Child's Name

\_\_\_\_\_  
Age

\_\_\_\_\_  
Child's Name

\_\_\_\_\_  
Age

\_\_\_\_\_  
Child's Name

\_\_\_\_\_  
Age

\_\_\_\_\_  
Child's Name

\_\_\_\_\_  
Age

Address: \_\_\_\_\_

City / Zip: \_\_\_\_\_

Mother's/Guardian's Name: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Father's/Guardian's Name: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Emergency Contact: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Hospital Preference: \_\_\_\_\_

Physician's Name: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

My/Our child(ren) may be pick-up by those listed below. A photo I.D. will be required.

1. \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

**Academia Católica Papa San Juan Pablo II**

**ACUERDO DE CUIDADO EXTENDIDO / FORMA DE EMERGENCIA / AUTORIZACIÓN DE RECOGIDA ESTUDIANTIL**

Apellido Familiar \_\_\_\_\_

Año escolar 20\_\_\_\_ - 20\_\_\_\_

Como padre o guardián legal de los estudiantes a continuación, reconozco / reconocemos el valor de la comunidad de la Academia Católica Papa San Juan Pablo II, y acepto / aceptamos los siguientes términos y condiciones del programa de cuidado extendida.

1. Estoy/estamos acuerdo pagar la factura de cuidado extendido dentro de 5 días posteriores de su recibo.
2. Entiendo / entendemos el procedimiento de facturación y sabemos que nuestro(s) hijo(s) no serán permitidos asistir el programa después de 2 pagos consecutivos sin pagar. Cuando se haga el pago, puedo volver a inscribir a nuestro(s) hijo(s).
3. Yo / nosotros hablemos / hablaremos con el director / principal escolar si hay un problema con nuestra habilidad de hacer el pago.
4. Acepto / aceptamos los términos y condiciones de este acuerdo y, al firmarlo, yo / nosotros libremente acepto cumplir con los términos y condiciones mencionados anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma Paternal/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Paternal/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si surge una emergencia, doy / damos permiso para buscar y obtener atención médica para nuestro(s) hijo(s) que están a continuación. Entiendo / entendemos que puede ser necesario contactar al personal de emergencia antes de notificarme / a nosotros.

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante                      Edad

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante                      Edad

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante                      Edad

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante                      Edad

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad / Código postal: \_\_\_\_\_

Madre/Guardian: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Preferencia de hospital: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nuestro(s) hijo(s) pueden ser recogidos por las personas a continuación. Identificación con foto será requerido.

1. \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_