



# Klamath Falls City Schools

**100% Graduation is Our Expectation!**

*¡Nuestra expectativa es el 100% de graduación!*

**General summer school inquiries:**  
**Consultas generales de la escuela de verano**  
Lucile O'Neill Education Center  
1336 Avalon Street  
Klamath Falls, OR 97603-4423  
(541) 883-4744 (voice)  
(541) 885-4273 (fax)

## TITLE I-A APPLICATION FOR SUMMER SCHOOL ACADEMY TÍTULO I-A SOLICITUD PARA ACADEMIA ESCUELA DE VERANO

Early K-5 Summer School Academy at Ponderosa

*Temprano K-5 Academia escuela de verano en Ponderosa*

July 8 – July 26, 2019

*9 de julio al 2 de agosto*

Mondays through Fridays 8:15 a.m. to 1:00 p.m.

*Lunes a viernes 8:15 de la mañana a 1:00 de la tarde*

Student's Name \_\_\_\_\_

*Nombre de estudiante*

Grade 2018-19 School Year \_\_\_\_\_

*Grado 2018-19 año escolar*

Date of Birth \_\_\_\_\_

*Fecha de nacimiento*

Male \_\_\_\_\_ Female \_\_\_\_\_

*Masculino*

*Feminino*

Address \_\_\_\_\_

*Domicilio*

*Street/calle*

*City/cuidad*

*Zip Code/código postal*

Home Phone \_\_\_\_\_

*Teléfono de Casa*

Cell Phone \_\_\_\_\_

*Teléfono celular*

Work Phone \_\_\_\_\_

*Teléfono de Trabajo*

School Attended \_\_\_\_\_ Transportation needed if qualify? Yes \_\_\_ No \_\_\_

*Escuela Asistida*

*¿Necesita transporte si califica?*

*Sí \_\_\_ No \_\_\_*

Person to call in case of emergency \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

*Persona a llamar en caso de emergencia*

*Relación*

*Teléfono*

Is there any medical condition we should know about? Yes \_\_\_ No \_\_\_

*¿Hay alguna condición médica de la cual deberemos saber?*

*Sí \_\_\_ No \_\_\_*

*No \_\_\_*

Are there any allergies we should know about? Yes \_\_\_ No \_\_\_

*¿Hay algún tipo de alergia que debemos saber?*

*Sí \_\_\_ No \_\_\_*

*No \_\_\_*

If yes to the above, please explain \_\_\_\_\_

*Por favor explique si es sí lo de arriba*

Do we have permission to take your child to the doctor in case of an emergency and we cannot reach you? Yes \_\_\_ No \_\_\_

*¿Tenemos permiso de llevar a su niño al doctor en caso de una emergencia y no podemos localizar a usted?*

*Sí \_\_\_ No \_\_\_*

*No \_\_\_*

Parent Printed Name \_\_\_\_\_ Parent Signature \_\_\_\_\_

*Nombre de padre/madre (letra de molde)*

*Firma de padre/madre*

Please return this completed application form (one per student) to your child's school.  
*Por favor devuelva este formulario de solicitud completa (uno por estudiante) a la escuela de su hijo.*