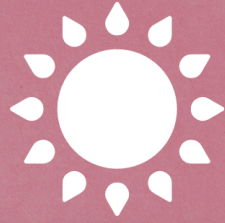


**HYDE 21ST CENTURY  
COMMUNITY LEARNING CENTER**



# SUMMER

## PROGRAMMING FOR 4TH - 8TH GRADES



**SPACE IS LIMITED!!!**

Students who apply will need to be present for all four sessions of the activity they sign up for.

### **CERAMICS WITH CLAIRE SENSENEY**

4th through 8th grade students will get their hands dirty while learning the basics of ceramics

Mon, June 19th/Wed, June 21/Mon, July 10/Wed, July 12

### **WOODWORKING WITH HUGH HIRTH**

4th through 8th grade students will learn the basics of woodshop safety, then complete a woodworking project with options such as making a birdhouse, or other wooden creation

July 17, 18, 19 & 20

for more information: [nleach@hyde.k12.nc.us](mailto:nleach@hyde.k12.nc.us)

**Student Information**

Grade: \_\_\_\_\_ Homeroom Teacher: \_\_\_\_\_

Student Name: \_\_\_\_\_ Gender: M \_\_\_ F \_\_\_ Date of Birth: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Home Address: \_\_\_\_\_ Student's Phone Number: \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian Information**

Parent/Guardian Name: _____	Parent/Guardian Name: _____
Relationship: _____	Relationship: _____
Work Place & Phone: _____	Work Place & Phone: _____
Email: _____ Phone: _____	Email: _____ Phone: _____
Living with Student (Yes or No): _____	Living with Student (Yes or No): _____

**Emergency Contact Information (Other than Parents/Guardians Listed Above)**

Name: _____	Name: _____
Relationship to student: _____	Relationship to student: _____
Home Phone: _____ Cell Phone: _____	Home Phone: _____ Cell Phone: _____

**Adults (18 and older) Authorized to Pick My Child Up from the 21<sup>st</sup> CCLC Program**

Name & Relationship to Student: _____	Name & Relationship to Student: _____
Home Phone: _____ Cell Phone: _____	Home Phone: _____ Cell Phone: _____
Name & Relationship to Student: _____	Name & Relationship to Student: _____
Home Phone: _____ Cell Phone: _____	Home Phone: _____ Cell Phone: _____

**UNAUTHORIZED TO PICK MY CHILD UP FROM THE 21<sup>ST</sup> CCLC PROGRAM:** \_\_\_\_\_

**Student Medical Information**

Doctor: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Dentist: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Does your child have any medical conditions/illnesses, allergies, or is he/she taking any medications that the school should be made aware of?  
(Yes or No): \_\_\_\_\_ Please Explain: \_\_\_\_\_

**Información del Estudiante**

Grado: \_\_\_\_\_ Maestro Guía: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono de estudiante: \_\_\_\_\_

**Información de los padres/guardianes**

Nombre de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Nombre de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_  
 Relación: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Lugar de Trabajo y Teléfono: \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo y Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Vive con estudiante? (Si o No): \_\_\_\_\_ Vive con estudiante? (Si o No): \_\_\_\_\_

**Información de contacto en el caso de accidente (aparte que los padres/guardianes)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 Relación al estudiante: \_\_\_\_\_ Relación al estudiante: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

**Adultos (18 and mayor) Autorizados a Recoger me hijo del programa 21<sup>er</sup> CCLC Después de Escuela**

Nombre y Relación al estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre y Relación al estudiante: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_  
 Nombre y Relación al estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre y Relación al estudiante: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

**NO AUTHORIZADOS A RECOJER MI HIJO DEL PROGRAMA:** \_\_\_\_\_

**Información medico del estudiante**

Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Tiene su hijo(a) alguna condición medica, alergia o esta el/ella tomando algún medicamento el cual la escuela debería tener conocimiento?  
 (Si o no): \_\_\_\_\_ Favor Explique: \_\_\_\_\_



# Hyde County Schools

1430 Main Street  
P. O. Box 217  
Swan Quarter, NC 27885  
Office (252) 926 3281  
Fax (252) 926 3083

BOARD OF EDUCATION  
Angela Todd, Chair  
Thomas Whitaker, Vice Chair  
Aleta Cox  
Chanta Gibbs-Rickard  
Lindsey Mooney

Superintendent  
Dr. Melanie Shaver  
mshaver@hyde.k12.nc.us

Parents and Guardians,

Many exciting events will be happening during the 21st Century Community Learning Center afterschool program. We would like permission to post photos of some of these activities and outstanding student work on our web page ([www.hyde.k12.nc.us](http://www.hyde.k12.nc.us)), on the school and 21st CCLC Facebook page and in newsletters and other promotional materials. Please sign and fill in where indicated to give your permission.

I, the parent/guardian of \_\_\_\_\_ (first and last name of child), give Hyde County Schools permission to post on its website ([www.hyde.k12.nc.us](http://www.hyde.k12.nc.us)), Facebook and use in promotional materials work samples and/or images such as the following items:

- A photograph of my child
- A photograph taken by my child
- An original creation written/developed by my child
- A news story about my child
- An original piece of artwork created by my child
- A video of my child
- A video made by my child
- An audio recording of my child
- An audio recording made by my child

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

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

In addition, I give permission to Hyde County Schools to identify my child on its website ([www.hyde.k12.nc.us](http://www.hyde.k12.nc.us)).

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

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date



# Hyde County Schools

1430 Main Street  
P. O. Box 217  
Swan Quarter, NC 27885  
Office (252) 926 3281  
Fax (252) 926 3083

BOARD OF EDUCATION  
Angela Todd, Chair  
Thomas Whitaker, Vice Chair  
Aleta Cox  
Chanta Gibbs-Rickard  
Lindsey Mooney

Superintendent  
Dr. Melanie Shaver  
mshaver@hyde.k12.nc.us

Padres y tutores,

Se llevarán a cabo muchos eventos emocionantes en los programas de 21st Century Community Learning Center. Nos gustaría tener permiso para publicar fotos de algunas de estas actividades y trabajos sobresalientes de los estudiantes en nuestra página web ([www.hyde.k12.nc.us](http://www.hyde.k12.nc.us)), Facebook, boletines y materiales promocionales. Por favor, firme y rellene donde se indica para dar su permiso.

Yo, el padre / tutor de \_\_\_\_\_ (nombre y apellido del niño), le doy permiso a las Escuelas del Condado de Hyde para publicar en su sitio web ([www.hyde.k12.nc.us](http://www.hyde.k12.nc.us)), Facebook, boletines y materiales promocionales muestras de trabajo y / o imágenes tales como los siguientes artículos:

- Una fotografía de mi hijo.
- Una fotografía tomada por mi hijo.
- Una creación original escrita / desarrollada por mi hijo.
- Una noticia sobre mi hijo.
- Una obra de arte original creada por mi hijo.
- Un video de mi hijo.
- Un video hecho por mi hijo.
- Una grabación de audio de mi hijo.
- Una grabación de audio hecha por mi hijo.

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso de padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Además, doy permiso a las Escuelas del Condado de Hyde para identificar a mi hijo en su sitio web ([www.hyde.k12.nc.us](http://www.hyde.k12.nc.us)).

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha