

Chico Unified School District - BLAST After School Program

2026 - 2027 Student & Contact Information



Student's Full Legal Name: _____
Last First Middle

2026-2027-Grade _____

Student Date of Birth _____ Language Spoken in Home _____

Parent's Name: _____ Cell Phone: _____

Work Phone: _____ Email Address: _____

Parent's Name: _____ Cell Phone: _____

Work Phone: _____ Email Address: _____

NAMES OF PEOPLE OTHER THAN YOURSELF WHO MAY PICK YOUR CHILD UP and/or we may contact in case of an emergency

Name: _____ Relationship to child: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship to child: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship to child: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship to child: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship to child: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship to child: _____ Phone: _____

Does your child have any medical needs, allergies, or medications the BLAST staff should know about? _____

Are there any behavioral, emotional, sensory, or mental-health needs the BLAST staff should be aware of? _____

Does your child need accommodations or support during the BLAST program? If yes, please describe. _____

1. We understand that our child must be picked up promptly at the end of the program no later than 6:00 p.m. There is a late pick-up fee of \$2 per minute. BLAST is an optional program; students with behavior problems may be dropped from enrollment.

2. I have read the Parent Handbook and understand the Late Pick-up Fee policy, absence reporting procedure, sign-out procedure, and other policies and procedures as described. The BLAST page can be found at www.chicousd.org

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

I understand that my child's continuation in this program depends upon receipt of state and federal funding.

Distrito Escolar Unificado de Chico– BLAST Programa Después de la Escuela

2026 - 2027 Información de contacto de Estudiante



Nombre de Estudiante legal: _____

Apellido

Primer

Medio

Grado 2026-2027 _____

Fecha de Nacimiento de Estudiante _____ Idioma del hogar _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal: _____ Número Celular: _____

Numero de Telefono de Trabajo: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal: _____ Número Celular: _____

Numero de Telefono de Trabajo: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre de personas, aparte de ti, quien pueden recoger a su hijo/a o quien podemos contactar en caso de emergencia

Nombre: _____ Relación a estudiante: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación a estudiante: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación a estudiante: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación a estudiante: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación a estudiante: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación a estudiante: _____ Teléfono: _____

¿Tiene su hijo/a alguna necesidad médica, alergia o medicamento que el personal de BLAST deba conocer? _____

¿Hay alguna necesidad conductual, emocional, sensorial o de salud mental que el personal de BLAST deba tener en cuenta? _____

¿Necesita su hijo/a adaptaciones o apoyo durante el programa BLAST? Si es así, por favor descríbalos. _____

1. Entendemos que debemos recoger a nuestro/a hijo/a puntualmente al finalizar el programa, a más tardar a las **6:00 p.m.** Se cobrará un cargo de \$2 por cada minuto de retraso. BLAST es un programa opcional; los estudiantes que presenten problemas de conducta podrán ser dados de baja del programa.

2. He leído el Manual para Padres y Tutores, y comprendo la política sobre cargos por recoger tarde a los estudiantes, el procedimiento para reportar ausencias, el procedimiento para registrar la salida de los estudiantes y las demás políticas y procedimientos descritos. Puede encontrar la página de BLAST en www.chicousd.org

Firma del padre, madre o tutor legal _____ **Fecha** _____

Entiendo que la permanencia de mi hijo(a) en este programa depende de que se reciban fondos estatales y federales.