



**Downtown
Languages**
The Steps to Success



**Springfield
Public Schools**



PILAS Family Literacy Program FAMILY APPLICATION

Choose the location you will attend:

☐ **SPRINGFIELD:** Mon /Wed, 6-8pm
Two Rivers Elementary: 1084 G. St., Springfield

☐ **BETHEL:** Tue /Thurs, 6-8pm
Fairfield Elementary: 3455 Royal Ave, Eugene

FAMILY INFORMATION:

ADULTS: First Name Last Name Relation (mother, guardian, etc)

CHILDREN: 0 -13 years old:

First Name Last Name Birth Date (M /D / YR) Name of School or Childcare Grade

Street / PO Box: _____ City: _____ Email: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Text OK? Yes ☐

Emergency Contact Name: _____ Phone #: _____

Medication Information: (write the family member's name and their information about allergies, medication, restrictions, special diet, etc.)

PARENT PERMISSION Please check the following for permission to:

- _____ take pictures of me and my child/children for program purposes
_____ communicate with school staff and program partners about my children
_____ participate in field trips during the program

I understand class attendance is mandatory and that I need to contact the Pilas program coordinator or Downtown Languages in advance if I will be absent.

Please make sure your
application is complete by
answering all fields.

Parent or Guardian Signature

Date

Please call, scan and email, or send this completed application to Downtown Languages

541-686-8483 / inquire@downtownlanguages.org / 532 C St., Springfield, OR 97477

PILAS - Programa de educación para toda la familia SOLICITUD FAMILIAR

Elija la escuela a que asistirá:

☐ **SPRINGFIELD:** lunes/mier., 6-8pm
Primaria "Dos Ríos": 1084 G St, Springfield

☐ **BETHEL:** martes/jueves, 6-8pm
Primaria "Fairfield": 3455 Royal Ave, Eugene

Información de la familia:

ADULTOS:	Nombre	Apellido	Relación (madre, tutor, etc)

NIÑOS entre 0 y 13 años:		Fecha de Nac. (mes/día/año)	Nombre de Escuela o Guardería	Grado
Nombre	Apellido			

Domicilio: _____ **Ciudad:** _____ **Correo electrónico:** _____

Tel. de la casa: _____ **Tel. Celular:** _____ ¿Text OK? ☐ Sí

Contacto en caso de emergencia: _____
Nombre _____ Teléfono _____

Datos de salud (escriba el nombre del miembro de la familia y su información de alergias, medicamentos, restricciones de actividades, dieta especial, etc.):

PERMISO DE LOS PADRES Marque los siguientes puntos para dar consentimiento a:

- _____ tomar fotos de mis niños/as y de mí para ser usadas por el programa.
- _____ comunicar y compartir información con las escuelas y agencias que patrocinan el programa.
- _____ participar en las excursiones del programa.

Yo, como padre, entiendo que es obligatorio asistir a las clases y que necesito avisar a la Coordinadora de Pilas o la oficina de Downtown Languages con anticipación si necesito faltar a clase.

Firma del padre o tutor

Fecha

Asegúrese de completar TODOS los espacios de la solicitud.

Favor de llamar, enviar por correo electrónico, o enviar por servicio postal esta solicitud rellena a Downtown Languages: 541-686-8483 / inquire@downtownlanguages.org / 532 C St., Springfield, OR 97477