

Supplemental Educational Services (SES) Registration Form

Please mail completed forms to:
Stacey Stassi
 Syracuse City School District
 725 Harrison Street
 Syracuse, NY 13210

**To be eligible for the SES program, students must qualify for the
 FREE or REDUCED PRICE LUNCH program AND attend a school listed below.**

Please check ONE provider:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Boys and Girls Club | <input type="checkbox"/> Failure Free Reading | <input type="checkbox"/> Global Partnership Schools |
| <input type="checkbox"/> Huntington Learning Center (B) | <input type="checkbox"/> Huntington Learning Center (F) | <input type="checkbox"/> Iglesia Services Inc. |
| <input type="checkbox"/> Kumon Math & Reading Center | <input type="checkbox"/> Learner First LLC | <input type="checkbox"/> Murray Learning Services |
| <input type="checkbox"/> Reclaiming Our African Pride | <input type="checkbox"/> Rocket Learning | <input type="checkbox"/> Sylvan Learning Center |
| <input type="checkbox"/> YMCA of Greater Syracuse | <input type="checkbox"/> Other _____ | |

Session 1: **October 13, 2009-February 14, 2010** _____ **Registration forms due by: 9/18/09**

Session 2: **March 1, 2010-May 28, 2010** _____ **Registration forms due by: 2/12/10**

Circle Home School: Bellevue Middle Blodgett Dr. King Danforth Delaware
 Elmwood Franklin Frazer Grant Hughes
 Huntington HW Smith Meachem Seymour

Requested Site of Service: _____

Student Name _____

Address _____ **Zip Code** _____

Parent/Guardian (please print) _____

Home Phone # _____ **Cell #** _____

School _____ **Grade** _____

Age _____ **Date of Birth** _____ **Sex:** _____ **Male** _____ **Female**

Emergency Contact:

Disclosure: I understand that my child may not receive services if funding is not available for all eligible students. I authorize the Syracuse City School District to contact the chosen state approved tutoring provider to notify them of my child's eligibility status. I also authorize the District to release any and all education records relating to my child to the tutoring agencies that I have chosen. I understand that these records will be released so that the tutor may better meet the needs of my child. This includes, but is not limited to, Individualized Education Plans, 504 Plans and report cards.

Parent Signature _____ **Date** _____

For Office use only
Student ID # _____ **Student Eligibility** _____
IDEA Status _____ **LEP Status** _____

Supplemental Educational Services (SES) Registration Form

Por favor complete y envíe por correo a:

Stacey Stassi
Syracuse City School District
725 Harrison Street
Syracuse, NY 13210

Para ser elegible al Programa de SES, los estudiantes deben cualificar para uno de los siguientes servicios Almuerzo gratis y/o reducido y asistir a una de las escuelas señaladas a seguir.

Por favor circule un proveedor:

<input type="checkbox"/> Boys and Girls Club	<input type="checkbox"/> Failure Free Reading	<input type="checkbox"/> Global Partnership Schools
<input type="checkbox"/> Huntington Learning Center(B)	<input type="checkbox"/> Huntington Learning Center (F)	<input type="checkbox"/> Iglesia Services Inc.
<input type="checkbox"/> Kumon Math and Reading Center	<input type="checkbox"/> Leamer First LLC	<input type="checkbox"/> Murray Learning Services
<input type="checkbox"/> Reclaiming Our African Pride	<input type="checkbox"/> Rocket Learning	<input type="checkbox"/> Sylvan Learning Center
<input type="checkbox"/> YMCA of Greater Syracuse	<input type="checkbox"/> Other _____	

1ra Sesión: Octubre 13, 2009 – Febrero 14, 2010 _____ fecha limite 9/18/09

2da Sesión: Marzo 1ro, 2010 – Mayo 28 _____ fecha limite 2/12/10

Escuelas son:	Bellevue Middle	Blodgett	Dr. King	Danforth	Delaware
	Elmwood	Franklin	Frazer	Grant	Hughes
	Huntington	HW Smith	Meachem	Seymour	

Localidad de servicios en: _____

Nombre del Estudiante _____

Dirección _____ Código Postal _____

Padre/Encargado (escriba claro) _____

Teléfono # _____ Emergencia # _____

Escuela _____ Grado _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: _____ Masculino _____ Femenino _____

Contactos de Emergencia (incluyan números de teléfonos)

Revelación: Yo entiendo que mi hijo/a no podrá recibir servicios si los fondos no están disponibles para todos los estudiantes elegibles. Autorizo al Distrito Escolar de Syracuse a comunicarse con el tutor aprobado por el estado para notificarles de la elegibilidad del status de mi hijo/a(s) a las agencias de tutoría que yo escogí. Entiendo que estos récords serán revelados para que el tutor pueda suplir las necesidades de mi hijo/a. Esto incluye, pero no esta limitado a, Plan Individualizado Educacional, Plan 504 y Reporte de Notas.

Nombre del Padre /Encargado _____

Firma del Padre _____ Date _____

Uso de la oficina solamente

Student ID # _____
IDEA Status _____

Student Eligibility _____
LEP Status _____