

**Brentwood Union Free School District
Supplemental Educational Services
Enrollment Form**

Student ID Label Affixed Here

PARENT CONTACT INFORMATION

Parent/Guardian last Name

Parent/Guardian First Name

Address

Apt. #

City

State

Zip Code

Telephone Number

SES PROVIDER SELECTION

Name of SES Provider

PERIOD OF SERVICE

October 2011 to June 2012

PARENT CONSENT TO ENROLL STUDENT IN SES PROGRAM

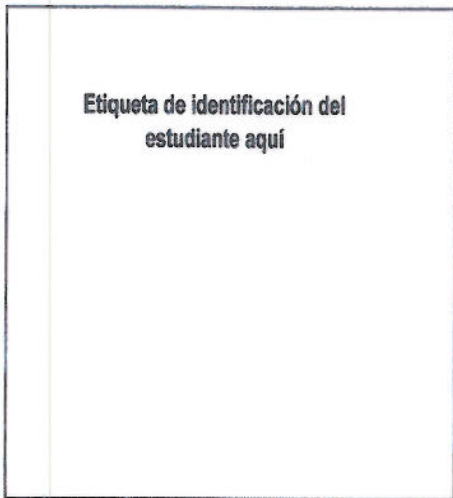
I request that my child receive Supplemental Educational Services from the provider listed above. I give permission to the District to share relevant information about my child with the service provider.

Parent/Guardian Signature _____

Date _____

Mail the completed form to: Office of Funded Programs
Brentwood UFSD
52 Third Avenue, 1st Floor
Brentwood, NY 11717

Brentwood Union Free School District
Servicios Educativos Adicionales (SES)
Boleta de registro



INFORMACIÓN DE CONTACTO CON LOS PADRES

Apellido del padre/encargado															Nombre del padre/encargado									
Dirección																				Apt. #				
Ciudad															Estado			Código postal						
Número de teléfono																								

SELECCIÓN DEL PROVEEDOR DE SES

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del proveedor de SEA

PERÍODO DE SERVICIO

Octubre 2011 a Junio 2012

PERMISO DE LOS PADRES PARA REGISTRAR AL ESTUDIANTE EN EL PROGRAMA SES

Solicito que mi niño/a reciba Servicios Educativos Adicionales del proveedor anotado arriba. Yo doy permiso al Distrito para compartir información referente a mi niño/a con el proveedor del servicio.

Firma del padre/encargado _____ Fecha _____

Envíe por correo la boleta completa a : Office of Funded Programs
Brentwood UFSD
52 Third Avenue, 1st Floor
Brentwood, NY 11717