



PasadenaLEARNs Morning Program Application



**\$25 non-refundable registration fee due prior to enrollment
(Check or money order made payable to PUSD. No cash accepted.)**

STUDENT INFORMATION

First Name	M.I.	Last Name	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Non-binary
School	Grade	Student ID#	Date of Birth
Race/Ethnicity: <input type="checkbox"/> Decline to State <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Middle Eastern <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific <input type="checkbox"/> American Indian or Native American <input type="checkbox"/> Other			

PARENT (I) INFORMATION

First Name	M.I.	Last Name	Student Lives at this Address? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Street Address	Apt/Unit #	City	State ZIP
E-mail Address	Home Phone	Cell Phone	Work Phone

PARENT (II) INFORMATION

First Name	M.I.	Last Name	Student Lives at this Address? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Street Address	Apt/Unit #	City	State ZIP
E-mail Address	Home Phone	Cell Phone	Work Phone

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

The following people are authorized to pick up my child:

Name	Home Phone	Cell Phone	Work Phone
Name	Home Phone	Cell Phone	Work Phone
Name	Home Phone	Cell Phone	Work Phone

EMERGENCY MEDICAL INFORMATION

Allergies/Medical Condition:

Does the student take prescription medication? Yes* No *If yes, provide the site coordinator medication and a doctor's note by the first day of program.

Please list medication(s):

Parents are required to provide any important information that may impact their child's participation in the program. Is there anything that LEARNs needs to know about your child including special needs?

PHOTO RELEASE

PasadenaLEARNs may produce or participate in video, motion picture, audio recording, Web page, still photography, and/or publication which may involve the use of students' names, likenesses, or voices. Such productions will be used for non-commercial purposes, including promotional or advertising by PasadenaLEARNs and will not be sold. I understand that my child's name, likeness, or voice may be used in the manner described above, and grant PasadenaLEARNs the right to use and reuse it, in any manner at all. I hereby forever release and discharge PasadenaLEARNs from any and all claims, actions and demands arising out of or in connection with the use of said manners, including, without limitations, any and all claims for invasion of privacy and libel. This release shall ensure the benefits of the assigned, licensed and legal representatives of PasadenaLEARNs, as well as the party(ies) for whom PasadenaLEARNs took the video, motion picture, audio recording, Web page or still photograph. I represent that I have read the foregoing and fully and completely understand the contents hereof.

If you **do not** want your child(ren) photographed, you will need to submit a written notice to: PasadenaLEARNs; 351 S. Hudson Ave.; Room 205; Pasadena, CA 91109; c/o Maria Toliver.

Parent/Guardian Signature X	Date
-----------------------------	------

EMERGENCY MEDICAL AUTHORIZATION

In case of emergency and if I/we cannot be reached, I, the undersigned of the above named student, a minor, do hereby authorize a representative of Pasadena Unified School District and/or alternates listed above to act as agent(s) to consent to any x-ray, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care deemed advisable and rendered by a licensed physician or surgeon, whether in his office or in a licensed hospital. This authorization is given in advance of any required care to empower a representative or official of PUSD to give consent for such treatment as the physician may deem advisable. This authorization is GIVEN PURSUANT TO section 25.8 of the Civil Code of the state of California and is effective for 2021-2022 school year.

Parent/Guardian Signature X	Date
-----------------------------	------

Please read carefully and sign below: Program attendance is very important. Students are required to attend morning program Monday-Friday for at least 1.5 hours each day. Students who consistently miss program, arrive late, or whose parents fail to sign them out properly will be removed from program to allow enrollment of students on the wait list. Students must display positive behavior and adhere to all program expectations. Failure to do so may result in immediate dismissal from program.

Parent/Guardian Signature X	Date
-----------------------------	------

**\$25 de tarifa de registraci3n no reembolsable debe ser entregada antes de la inscripci3n
(Cheque o giro postal pagadero a PUSD. No se acepta dinero en efectivo.)**

INFORMACION DE ESTUDIANTE

Primer Nombre	Inicial	Apellido	G3nero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No binario
Escuela	Grado	# de ID de Estudiante	Fecha de Nacimiento
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Prefiero no declarar <input type="checkbox"/> Asi3tico <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Negro o 3frico Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Medio Oriente <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Pacifico <input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro			

INFORMACION DE LOS PADRES (I)

Primer Nombre	Inicial	Apellido	Estudiante vive en este domicilio? <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> No
Domicilio	# de Apt/Unidad	Ciudad	Estado ZIP
Correo electr3nico	Tel3fono de casa	Tel3fono celular	C3digo Postal

INFORMACION DE LOS PADRES (II)

Primer Nombre	Inicial	Apellido	Estudiante vive en este domicilio? <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> No
Domicilio	# de Apt/Unidad	Ciudad	Estado ZIP
Correo electr3nico	Tel3fono de casa	Tel3fono celular	C3digo Postal

INFORMACION DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Las Siguietes personas est3n autorizadas para recoger a mi hijo/a:

Nombre	Tel3fono de Casa	Celular	Trabajo
Nombre	Tel3fono de Casa	Celular	Trabajo
Nombre	Tel3fono de Casa	Celular	Trabajo

INFORMACION DE EMERGENCIA

Allergias/Condiciones Medicas:

¿Toma medicina recetada el ni3o? S3* No *Si toma medicina, provea la medicina y la nota del doctor al coordinador el primer d3a del programa.

Anote la lista de medicina(s):

Los padres est3n requeridos a proporcionar cualquier informaci3n importante que pueda afectar la participaci3n de sus hijo/a en el programa.
¿Hay alguna otra cosa que LEARNs necesita saber incluyendo necesidades especiales?

PERMISO PARA USAR IMAGEN

PasadenaLEARNs puede producir o participar en videos, pel3culas, grabar audio, pagina web, fotograf3as, y/o publicaciones que puedan incluir el uso del nombre de estudiantes, parecidos, o voces. Tales producciones ser3n usadas para prop3sitos no comerciales, incluyendo promocionando o publicando PasadenaLEARNs y no ser3n vendidos. Yo entiendo que el nombre de mi ni3o, parecido, o voz podr3 ser usada de la forma descrita arriba, y concedo el derecho a PasadenaLEARNs de usar y reusar, en cualquier manera. Por la presente libero y descargo para siempre a PasadenaLEARNs de cualquier y todo reclamo, acciones y demandas que surjan de o en conexi3n con el uso de dichos modales, incluyendo, sin limitaciones, cualquier y todo reclamo por invasi3n de privacidad y difamaci3n. Este lanzamiento tendr3 efecto en los beneficios de los cesionarios, licencias y representantes legales de PasadenaLEARNs, as3 como la parte (s) para quien PasadenaLEARNs tom3 el video, pel3cula, grabaci3n de audio, p3gina Web o fotograf3a. Declaro que he leído lo anterior completamente en su totalidad y entiendo el presente contenido. Si **no** desea que fotograf3en a sus hijo(s), deber3 enviar una notificaci3n por escrito a: PasadenaLEARNs; 351 S. Hudson Ave.; Room 205; Pasadena, CA 91109; c/o Maria Toliver.

>Firma de Padre o guardi3n X	Fecha
------------------------------	-------

AUTORIZACION DE EMERGENCIA MEDICA

En caso de emergencia y si yo / nosotros no podemos ser localizados, Yo, el abajo firmante del estudiante arriba mencionado, un menor de edad, por la presente autorizo a un representante del Distrito Escolar Unificado Pasadena y / o suplentes antes mencionados para que act3e como agente (s) para consentimiento para cualquier diagn3stico de rayos X, anestesia, m3dico o quir3rgico o el tratamiento y la atenci3n hospitalaria considere conveniente y prestados por un m3dico o cirujano, ya sea en su oficina o en un hospital con licencia. Esta autorizaci3n est3 dada por adelantado de cualquier tipo de atenci3n necesaria para potenciar un representante del funcionario de PUSD para dar su consentimiento para el tratamiento como el m3dico lo crea necesario. Esta autorizaci3n se da en apego de la Secci3n 25.8 del C3digo Civil del Estado de California y es efectiva el a3o escolar 2021-2022.

>Firma de Padre o guardi3n X	Fecha
------------------------------	-------

Por favor de leer cuidadosamente y firme abajo: La asistencia al programa es muy importante. Los estudiantes deben asistir al programa de Lunes a viernes de menos 1.5 horas por d3a. Los estudiantes que constantemente falten al programa, lleguen tarde o si los padres no firman por ellos debidamente ser3n removidos del programa para permitir la inscripci3n de los ni3os en la lista de espera. Los estudiantes deben demostrar un comportamineto positivo y seguir todas las expectativas del programa. Si no siguen los reglamentos puede resultar en destituci3n del programa.

>Firma de Padre o guardi3n X	Fecha
------------------------------	-------