



PasadenaLEARNs After School 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 in Fall 2021	Grade in Fall 2021	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			

STUDENT PARTICIPATION

By enrolling my child in PasadenaLEARNs After School Program, I understand that my child is expected to participate in the full program Monday-Friday until at least 6:00pm.

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

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 PURSANT 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: I give my child permission to participate in the PasadenaLEARNs program including the physical education components and walking field trips. I understand that attendance in the LEARNs program is important. Completing this form does not guarantee enrollment. Space is limited. Students who are not picked up on time will be charged a late fee of \$5.00 per child for the first five minutes, or any part thereof, and \$1.00 per minute thereafter. **Students are required to attend program Monday - Friday until 6:00pm.** Students who consistently miss program, are picked up early, or whose parents fail to sign them out properly will be replaced with students on the waiting list. Students must display positive behavior and good citizenship. Any serious offenses may result in immediate dismissal from the program. Please review the Parent Handbook for additional requirements and policies.

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

Inscripción de PasadenaLEARNs – Después de Escuela

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

INFORMACION DE ESTUDIANTE

Primer Nombre	Inicial	Apellido	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No binario
Escuela en Otoño del 2021	Grado en Otoño del 2021	# de ID de Estudiante	Fecha de Nacimiento
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Prefiero no declarar <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Negro o África Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Medio Oriente <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro			

PARTICIPACION DEL ESTUDIANTE

Al inscribir a mi hijo en el Programa Después de Escuela de PasadenaLEARNs, entiendo que la expectativa es que mi hijo/a participe en el programa completo de lunes a viernes por lo menos hasta las 6:00pm.

►Firma de Padre o guardián X	Fecha
------------------------------	-------

INFORMACION DE LOS PADRES (I)

Primer Nombre	Inicial	Apellido	Estudiante vive en este domicilio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Domicilio	# de Apt/Unidad	Ciudad	Estado ZIP
Correo electrónico	Teléfono de casa	Teléfono celular	Código Postal

INFORMACION DE LOS PADRES (II)

Primer Nombre	Inicial	Apellido	Estudiante vive en este domicilio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Domicilio	# de Apt/Unidad	Ciudad	Estado ZIP
Correo electrónico	Teléfono de casa	Teléfono celular	Código Postal

INFORMACION DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Las Sigüientes personas están autorizadas para recoger a mi hijo/a:

Nombre	Teléfono de Casa	Celular	Trabajo
Nombre	Teléfono de Casa	Celular	Trabajo
Nombre	Teléfono de Casa	Celular	Trabajo

INFORMACION DE EMERGENCIA

Allergias/Condiciones Medicas:

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

Anote la lista de medicina(s):

Los padres están requeridos a proporcionar cualquier información importante que pueda afectar la participación 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, películas, grabar audio, pagina web, fotografías, y/o publicaciones que puedan incluir el uso del nombre de estudiantes, parecidos, o voces. Tales producciones serán usadas para propósitos no comerciales, incluyendo promocionando o publicando PasadenaLEARNs y no serán vendidos. Yo entiendo que el nombre de mi niño, parecido, o voz podrá 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 conexión con el uso de dichos modales, incluyendo, sin limitaciones, cualquier y todo reclamo por invasión de privacidad y difamación. Este lanzamiento tendrá efecto en los beneficios de los cesionarios, licencias y representantes legales de PasadenaLEARNs, así como la parte (s) para quien PasadenaLEARNs tomó el video, película, grabación de audio, página Web o fotografía. Declaro que he leído lo anterior completamente en su totalidad y entiendo el presente contenido. Si **no** desea que fotografíen a sus hijo(s), deberá enviar una notificación por escrito a: PasadenaLEARNs; 351 S. Hudson Ave.; Room 205; Pasadena, CA 91109; c/o Maria Toliver.

►Firma de Padre o guardián 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 actúe como agente (s) para consentimiento para cualquier diagnóstico de rayos X, anestesia, médico o quirúrgico o el tratamiento y la atención hospitalaria considere conveniente y prestados por un médico o cirujano, ya sea en su oficina o en un hospital con licencia. Esta autorización está dada por adelantado de cualquier tipo de atención necesaria para potenciar un representante del funcionario de PUSD para dar su consentimiento para el tratamiento como el médico lo crea necesario. Esta autorización se da en apego de la Sección 25.8 del Código Civil del Estado de California y es efectiva el año escolar 2021-2022.

►Firma de Padre o guardián X	Fecha
------------------------------	-------

Por favor de leer cuidadosamente y firme abajo: Yo le doy permiso a mi niño para que participe en el programa de PasadenaLEARNs incluyendo el componente de educación física y paseos a pie. Yo comprendo que la asistencia en el programa de LEARNs es importante. Llenar esta forma no garantiza la inscripción. Espacio es limitado. A los estudiantes que no sean recogidos a tiempo se les cobrará una cuota de tardanza de \$5.00 por niño por los primeros cinco minutos, o cualquier tiempo después y \$1.00 por minuto después de los primeros cinco. **Los estudiantes deben asistir de lunes a viernes hasta las 6 pm.** Los estudiantes que constantemente no asistan al programa, son recogidos temprano, o a los cuales los padres no firmen por ellos correctamente serán reemplazados por estudiantes en la lista de espera. Los estudiantes deben exhibir comportamiento positivo y buena ciudadanía. Cualquier ofensa podrá resultar en destitución inmediata del programa.

►Firma de Padre o guardián X	Fecha
------------------------------	-------