



PasadenaLEARNS Extended Program Application



STUDENT INFORMATION			
First Name	M.I.	Last Name	Gender M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
School in Fall 2019	Grade in Fall 2019	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	
Street Address			Apt/Unit #
City	State	ZIP	
Student Lives at this Address? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	E-mail Address		
Home Phone	Cell Phone	Work Phone	
PARENT (II) INFORMATION			
First Name	M.I.	Last Name	
Street Address			Apt/Unit #
City	State	ZIP	
Student Lives at this Address? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	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? <input type="checkbox"/> Yes* <input type="checkbox"/> 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?			
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 2019-2020 school year.			
▶Parent/Guardian Signature X			Date
Please read carefully and sign below: Program cost \$265.00 a month due the 1st of the month beginning September 1, 2019. I give my child permission to participate in the PasadenaLEARNS program including the physical education components and walking field trips. 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.			
▶Parent/Guardian Signature X			Date

Programa extendido de PasadenaLEARNs

INFORMACION DE ESTUDIANTE			
Primer Nombre	Inicial	Apellido	Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Escuela en Otoño del 2019	Grado en Otoño del 2019	# 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			
INFORMACION DE LOS PADRES (I)			
Primer Nombre	Inicial	Apellido	
Domicilio		# de Apt/Unidad	
Ciudad	Estado	Código Postal	
Estudiante vive en este domicilio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Correo electrónico	
Teléfono de casa	Teléfono celular	Teléfono de trabajo	
INFORMACION DE LOS PADRES (II)			
Primer Nombre	Inicial	Apellido	
Domicilio		# de Apt/Unidad	
Ciudad	Estado	Código Postal	
Estudiante vive en este domicilio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Correo electrónico	
Teléfono de casa	Teléfono celular	Teléfono de trabajo	
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? <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> 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?			
AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA			
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 2019-2020.			
►Firma de Padre o guardián X			Fecha
Por favor de leer cuidadosamente y firme abajo: Tarifa mensual de \$ 265 por mes por hijo a partir del 1 de septiembre de 2019. 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. A los estudiantes que no sean recogidos a tiempo se les cobrara una cuota de tardanza de \$5.00 por niño por los primeros cinco minutos, o cualquier tiempo después y \$1.00 per minuto después de los primeros cinco.			
►Firma de Padre o guardián X			Fecha