



PasadenaLEARNs After School Program Application (Elementary School)



**\$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 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			

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?

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 2019-2020 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 (Escuela Primaria)



**\$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 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 Africano 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			

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?

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 2019-2020.

►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 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. **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 remplazados 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
------------------------------	-------