



PasadenaLEARNs After School (High School)



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		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? <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: I understand that my child is responsible for signing him/herself in and out of the LEARNs program daily. I will notify the LEARNs coordinator in advance if my child will not be attending program for any reason. 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 (Preparatoria)



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		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? <input type="checkbox"/> Sí* <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?				
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 entiendo que mi hijo(a) es responsable de firmar al entrar y salir del programa LEARNs todos los días. Notificare al coordinador(a) de LEARNs por adelantado si mi hijo(a) no asistira el programa por cualquier motivo. 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	