

PasadenaLEARNs 2019 Summer of Exploration

Non-refundable \$20 registration fee per application through Friday, March 15, 2019. \$35 registration fee per application after March 15, 2019. Cashier's checks or money orders only made payable to PUSD (no personal checks or cash).

STUDENT INFORMATION

First Name	M.I.	Last Name	Gender M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
School Enrolled	Current Grade	Student ID# (Lunch #)	Date of Birth
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			
Is there anything else that LEARNs needs to know about your child including special needs?			
Will your child need transportation from your home school to the summer program school? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			

PARENT (I) INFORMATION

First Name	M.I.	Last Name
Street Address		
Home Phone	Cell Phone	Work Phone

PARENT (II) INFORMATION

First Name	M.I.	Last Name
Street Address		
Home Phone	Cell Phone	Work Phone

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

The following people are authorized to pick up my child:

Name	Phone Number	Name	Phone Number
Name	Phone Number	Name	Phone Number

EMERGENCY 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) _____

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.

Grant permission to use my child's image Deny permission to use my child's image.

→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.

→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 will be excluded from the program until late fees are paid. Students must display positive behavior and good citizenship. Any serious offenses may result in immediate dismissal from the program.

→Parent/Guardian Signature X _____ Date _____

Programa de Verano de Exploración – PasadenaLEARNs 2019

Cuota de registracion no-reembolsable de \$20 por aplicacion antes de el viernes 15 de marzo del 2019 y \$35 despues de el viernes 15 de marzo del 2019. Las cuotas serán aceptadas por cheques cajeros o giros postales. Pagos a nombre de PUSD. (no se aceptan cheques personlas o efectivo).

INFORMACION DE ESTUDIANTE

Primer Nombre	Inicial	Apellido	Genero M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Escuela	Grado Actual	# 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"/> África Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Medio Oriente <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Pacific <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo Americano			
¿Hay alguna otra cosa de la cual LEARNs debe ser informado incluyendo necesidades especiales?			
¿Necesitará su hijo transporte de su escuela a la escuela del programa de verano? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			

INFORMACION DE LOS PADRES

Primer Nombre	Inicial	Apellido
Domicilio		
Teléfono de casa	Teléfono celular	Teléfono de trabajo

INFORMACION DE LOS PADRES

Primer Nombre	Inicial	Apellido
Domicilio		
Teléfono de casa	Teléfono celular	Teléfono de trabajo

INFORMACION DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

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

Nombre	Numero de Teléfono	Nombre	Numero de Teléfono
Nombre	Numero de Teléfono	Nombre	Numero de Teléfono

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):

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 nombres 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.

Concedo permiso para usar la imagen de mi hijo Niego permiso para usar la imagen de mi hijo

→ Firma de Padre o guardián X

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 de 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.

→ Firma de Padre o guardián X Fecha

Por favor de leer cuidadosamente y firmar abajo: Yo doy permiso a mi hijo para participar en el programa de PasadenaLEARNs incluyendo los componentes de educación física y excursiones a pie. Entiendo que la asistencia en el programa LEARNs es importante. Completar este formulario no garantiza la inscripción. El espacio es limitado. Los estudiantes que no son recogidos a tiempo se le cobrará una cuota de \$ 5.00 por niño durante los primeros cinco minutos, o parte de ella, y \$1.00 por cada minuto adicional. Los estudiantes serán excluidos del programa hasta que los pagos atrasados se paguen. Los estudiantes deben mostrar un comportamiento positivo y la buena ciudadanía. Las infracciones graves pueden resultar en la expulsión inmediata del programa.

→ Firma de Padre o guardián X _____ Fecha _____