



PasadenaLEARNs Extended Morning Program Application



STUDENT INFORMATION			
First Name	M.I.	Last Name	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Non-binary
School	Grade	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?			
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: Program fee is \$125.00 per month due the 1st of the month and is prorated for August and December (first payment due at sign up). Make checks/money orders payable to PUSD. 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



PasadenaLEARNs Solicitud del Programa Extendido de la Mañana



INFORMACION DE ESTUDIANTE			
Primer Nombre	Inicial	Apellido	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No binario
Escuela	Grado	# 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			
Alergias/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?			
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 María 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: La tarifa del programa es de \$ 125.00 por mes y se prorratea para agosto y diciembre (primer pago al momento de registrarse). Haga los cheques/giros postales a nombre de PUSD. 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