

Pasadena LEARNs

High School Programs

FREE!!

Monday - Friday

FREE!!

Open from dismissal time until 6:00pm!

- **Homework Assistance**
- **English Tutoring**
- **Math Tutoring**
- **Science Tutoring**
- **SAT Prep**
- **College Access Plan**



- **Driver's ED**
- **Rock Band**
- **Drumline**
- **Jazz Band**
- **Dance**
- **LEARNs Cadets**

**For more information see
your school LEARNs Site
Coordinator or Sign Up in the
LEARNs Office**

- **Handball**
- **Weightlifting and Conditioning**
- **Sports Clinics**
- **Students Run LA**



351 S. Hudson Ave . Room 207, Pasadena, CA 91109 (626) 396-3614

PasadenaLEARNs

Programas de preparatoria

GRATIS!!

Lunes a Viernes

GRATIS!!

Abierto desde la hora de salida hasta las 6:00 pm!

- **Asistencia con la tarea**
- **Tutoría Inglés**
- **Tutoría de matemáticas**
- **Tutoría ciencia**
- **preparación para el SAT**
- **Plan de Acceso a la universidad**



- **Cursos de Manejo**
- **Banda de Rock**
- **Drumline**
- **Banda de Jazz**
- **Danza**
- **Cadetes de LEARNs**

**Para obtener más información,
consulte al Coordinador(a) de
LEARNs en su escuela o
Registrarse en la Oficina LEARNs**

- **Balonmano**
- **Levantamiento de pesas y acondicionamiento**
- **Clínicas deportivas**
- **Los estudiantes Run LA**



351 S. Hudson Ave . Room 207, Pasadena, CA 91109 (626) 396-3614



PasadenaLEARNs After School Program Application (High School)



STUDENT INFORMATION			
First Name	M.I.	Last Name	Gender M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
School in Fall 2016	Grade in Fall 2016	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):			
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 2016-2017 school year.			
>Parent/Guardian Signature X			Date
Is there anything else that LEARNs needs to know about your child including special needs?			
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)



INFORMACIÓN DE ESTUDIANTE			
Primer Nombre	Inicial	Apellido	Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Escuela en Otoño del 2016	Grado en Otoño del 2016	# 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			
INFORMACIÓN 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	
INFORMACIÓN 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	
INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA			
Las siguientes 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
INFORMACIÓN 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):			
AUTORIZACIÓN 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 2016-2017.			
➤ Firma de Padre o guardián X			Fecha
¿Hay alguna otra cosa que LEARNs necesita saber incluyendo necesidades especiales?			
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