

# 2014 - 15 PasadenaLEARNs After School High School Program Application

STUDENT INFORMATION				
First Name	M.I.	Last Name	Gender M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
School in Fall 2014	Grade in Fall 2014	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	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	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				
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):				
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.				
<input type="checkbox"/> Grant permission to use my child's image				
<input type="checkbox"/> 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 and is effective for 2014-2015 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 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. 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 \_\_\_\_\_



# 2014 -15 Solicitud para el Programa de PasadenaLEARNs Después de Escuela (Preparatoria)

INFORMACION DE ESTUDIANTE			
Primer Nombre	Inicial	Apellido	Genero M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Escuela en Otoño del 2014	Grado en Otoño del 2014	Numero 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 Pacifico <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	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	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	
CONTACTOS DE EMERGENCIA			
Nombre	Teléfono de casa	Teléfono celular	Teléfono de trabajo
Nombre	Teléfono de casa	Teléfono celular	Teléfono de trabajo
Nombre	Teléfono de casa	Teléfono celular	Teléfono de trabajo
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA			
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):			
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 estudiante, parecidos, o voces. Tales producciones serán usadas para propósitos no comerciales, incluyendo promocionando o publicando a 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.			
<input type="checkbox"/> Concedo permiso para usar la imagen de mi hijo <input type="checkbox"/> Niego permiso para usar la imagen de mi hijo			
→ Firma del padre o guardián X			Fecha
EMERGENCY MEDICAL AUTHORIZATION			
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 2014-2015.			
→ Firma del 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 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. Los estudiantes deben exhibir comportamiento positivo y buena ciudadanía. Cualquier ofensa podrá resultar en destitución inmediata del programa.

Firma del padre/guardián X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

PasadenaLEARNs After School Program Phone (626) 396-3614 [www.gopUSD.com/learns](http://www.gopUSD.com/learns)

