



PROGRAM COORDINATOR USE

Start Date: _____

Program Fee Worksheet

\$ _____

Release of Liability

Emergency Treatment Consent

School Data Review

Field Trip Consent

Media Consent

Allergies: Yes No

**STUDENT REGISTRATION FORM
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA
EL ESTUDIANTE**

Please Select Program/*Por Favor Seleccione un Programa:*

(Before School Program only offered at: Berkeley Arts Magnet, Cragmont & Rosa Parks/El Programa que se ofrece antes de las clases se imparte en: Berkeley Arts Magnet, Cragmont y Rosa Parks

After School/*Después de Clases*

Before School/*Antes de Clases*

Before & After/*Antes y Después de Clases*

Enrollment Status: Full Time Part Time Please indicate days: _____

Estado de la inscripción: Tiempo completo Tiempo parcial Por favor indicar días: _____

Student's Full Name <i>Nombre del estudiante</i>	Grade <i>Grado</i>	Date of Birth <i>Fecha de nacimiento</i>	Male <i>Masculino</i>	Female <i>Femenino</i>
1				
2				
3				

Student's Home Address <i>Domicilio del Estudiante</i>		
	City <i>Ciudad</i>	Zip Code <i>Zona Postal</i>

Parent/Guardian <i>Padre/Tutor Legal</i>		Primary Contact # <i># del Contacto Principal</i>	
Alternate # <i># Alterno</i>		Alternate # <i># Alterno</i>	
Email			
Parent/Guardian <i>Padre/Tutor Legal</i>		Primary Contact # <i># del Contacto Principal</i>	
Alternate # <i># Alterno</i>		Alternate # <i># Alterno</i>	
Email			

Medical Insurance Carrier <i>Nombre del Seguro Médico</i>		Policy # <i># de Póliza</i>	
Physician's Name <i>Nombre del Médico</i>		Contact # <i># de Teléfono</i>	

Please list any illness or medical condition staff should be aware of:
Anote cualquier enfermedad o condición médica que el personal debe de saber:

Please list any allergies, including food, staff should be aware of:
Anote cualquier alergia, incluyendo alergias causadas por la comida, las cuales el personal debe de saber:

**Emergency Contacts & Sign Out Authorization/
 Contactos en caso de Emergencia y Autorización de Salida**

The following individuals have my permission to sign the above named student(s) out from the Berkeley LEARNS After School Program and should be contacted in an emergency when a parent or guardian cannot be reached. *Las siguientes personas tienen mi permiso para recoger al estudiante nombrado en este formulario del Programa Berkeley LEARNS y nos comunicaremos con ellos cuando los padres o tutores legales no esten disponibles.*

Full Name <i>Nombre</i>	Relation <i>Parentesco</i>	Contact # <i># del Contacto</i>
1		
2		
3		

**Berkeley LEARNS Early Release Policy/
 Reglamentos para Salir Temprano de Berkeley LEARNS**

Students enrolled in Berkeley LEARNS After School Programs at a BUSD elementary school shall attend the program at least three (3) hours on each regularly scheduled school day, and nine (9) hours per week at a middle school, except: */Estudiantes inscritos en Berkeley LEARNS After School programs deberán asistir al programa por lo menos 3 horas durante cada uno de los días de su horario regular y asistir al programa hasta las 6pm excepto:*

- When participating in district-sponsored transportation, which schedule requires departure from said program fewer than required participation hours and/or before 6pm; or/ *Cuando el estudiante participe en el transporte del distrito, y el horario requiera salir por menos horas de las que se requiere y/o antes de las 6pm;*
- When the student’s family schedule and/or transportation resources makes a 6pm pick-up a hardship for the student’s family; or/ *Cuando la familia del estudiante tenga problemas de transporte y/o sea difícil recoger al alumno a las 6pm;*
- When a student must leave the program fewer than three hours of participation and/or before 6:00pm in order to honor other non-program obligations; or/ *Cuando el estudiante debe de salir del programa antes de las tres horas de participación y/o antes de las 6pm en orden de cumplir con una obligación que no está relacionada con el programa;*
- When a student had been absent from the regular school day due to illness or another excusable cause. / *Cuando el estudiante no ha estado presente durante las clases regulares debido a alguna enfermedad o una razón justificada.*

Parent/Guardian Signature: _____
Firma, Padre/Tutor Legal

Date: _____
Fecha

**Berkeley LEARNS After School Program Consent Form/
Berkeley LEARNS Después de la Clases Formulario de Consentimiento**

**Release of Liability, Waiver and Indemnification Agreement/
Liberación de Acuerdo de Responsabilidad, Renuncia e Indemnización**

I _____, the undersigned, hereby authorize my child/children, _____, to participate in Berkeley LEARNS After School Program. In consideration for permission to participate, I do hereby, for myself, my heirs and assigns, and on behalf of my child/ward, and for his or her heirs and assigns, release and agree to indemnify and hold harmless Berkeley Unified School District, the BUSD Berkeley LEARNS After School Program, their officers, staff, agents, employees and volunteers from any and all liability, loss, claim, demand, action, or cause of action which arises or may arise or be occasioned in any way by such participation.

Yo _____, Por medio de la presente autorizo a mi hijo/a(s), _____, para participar en el programa Berkeley LEARNS Después de Clases. En consideración de permiso para participar, por la presente, para mí, mis herederos y cesionarios, y en nombre de mi hijo / pupilo, y por sus herederos y causahabientes, la liberación y se comprometo a indemnizar y mantener indemne al Distrito Escolar de Berkeley, Berkeley BUSD LEARNS después de Clases, sus directivos, empleados, agentes, empleados y voluntarios de cualquier y toda responsabilidad, pérdida, reclamo, demanda, acción o causa de acción que surja o pueda surgir o ser resultado de algún modo por dicha participación .

Emergency Treatment/Para el Tratamiento de Emergencia _____ (Initial/escriba sus iniciales)

I authorize the Berkeley LEARNS After School Program to arrange for transportation in case of accident or acute illness of the participant. In the event it is not possible to receive instruction for the participant's care, consent is given to any licensed physician for treatment. I allow the physician to administer medication and to perform necessary treatment for the preservation of the participant's health and well-being. I understand that any cost incurred for treatment of sudden illness or accident shall be paid by me. This authorization and consent for treatment is given to Berkeley LEARNS After School Program with any authorized event.

Yo autorizo Berkeley LEARNS después de Clases a organizar el transporte en caso de accidente o enfermedad grave del participante. En el caso de que no sea posible recibir instrucción para la atención de los participantes, se da el consentimiento a cualquier médico autorizado para el tratamiento. Yo le permito al médico que administre medicamentos y lleve a cabo el tratamiento necesario para la preservación de la salud del participante y el bienestar. Yo entiendo que cualquier costo incurrido para el tratamiento de una enfermedad repentina o por accidente, será pagada por mí. Esta autorización y consentimiento para el tratamiento se da al programa Berkeley LEARNS después de Clases y para cualquier evento autorizado.

Permission to Review School Data/

Permiso para examinar los datos de la escuela _____ (Initial/escriba sus iniciales)

I give permission for Berkeley LEARNS After School Program to review my child/children's school data (test scores, report cards, Special Education IEP or 504 Rehabilitation Plan and other measures for this school year) for the purposes of 1) developing and providing effective academic support and enrichment for my child/children; and 2) assessing the effectiveness of extended day academic intervention. I understand that under no circumstances will the data be shared or reported in a manner that will or could reveal the identity of my child/children.

Doy permiso para que Berkeley LEARNS después de Clases revise los datos escolares de mi hijo/a(s) (calificaciones, boletas de calificaciones, el IEP de Educación Especial o Plan 504 de rehabilitación y otras medidas para el año actual) a los efectos de 1) el desarrollo y prestar un apoyo eficaz y enriquecimiento académico de mi hijo/ a, y 2) evaluar la eficacia del Programa LEARNS después de Clases. Yo entiendo que bajo ninguna circunstancia, los datos se comparten o se presentan de forma que pudieran revelar la identidad de mi hijo/a(s).

Field Trips/Paseos Escolares _____ (Initial/escriba sus iniciales)

Berkeley LEARNS After School Program will take short field trips on occasion that are within the school community. We will always return by normal dismissal time, unless we notify you in advance. In consideration for permission to participate on the walking field trip, I do hereby, for myself and my heirs and assigns, and on behalf of my child/ward, and for his or her heirs and assigns, release and agree to indemnify and hold harmless BUSD's Berkeley LEARNS After School Program and any of the participating staff, their officers, agents, and employees from any and all liability, loss, claim, demand, action, or cause of action which arises or may arise or be occasioned in any way by such participation during such field trip.

Ocasionalmente, Berkeley LEARNS después de Clases ofrecerá excursiones escolares cortas con paseos dentro de la comunidad escolar. Siempre vamos a volver a la hora de salida normal, a menos que se le notifique con anticipación. En consideración para otorgar permiso para participar en la excursión caminando, por medio de la presente, para mí y para mis herederos y cesionarios, y en nombre de mi hijo/a(s), y por sus herederos y causahabientes, la liberación y se comprometen a identificar y mantener indemne al programa BUSD Berkeley LEARNS después de Clases y ninguno de los funcionarios participantes, sus oficiales, agentes y empleados de cualquier y toda responsabilidad, pérdida, reclamo, demanda, acción o causa de acción que surja o pueda surgir o ser resultado de alguna manera por esa participación durante el viaje caminando.

Media Release/Comunicado de prensa de _____ (Initial/escriba sus iniciales)

I hereby consent to the use of my child's name, likeness and speech in any audio tape, video tape, film or photograph made in the Berkeley LEARNS After School Program activity for the business or publicity purposes of the Berkeley LEARNS After School Program and its partners. I understand that any participation offers no remuneration and that my child's name, likeness and speech may be edited, produced, recorded for duplication and distribution throughout the United States and abroad. I expressly release Berkeley LEARNS After School Program its licensees, assignees, affiliates and successors from any privacy, defamation, or other claims have arising out of broadcast, exhibition, publication, or promotion of this program.

Doy mi consentimiento para el uso del nombre de mi hijo/a(s), su imagen y el habla en la cinta de audio, cintas de vídeo, película o fotografía realizada en las actividades del Programa Berkeley LEARNS después de Clases para los fines comerciales o de publicidad de Berkeley LEARNS después de Clases y sus asociados. Entiendo que cualquier participación no ofrece ninguna remuneración y que el nombre de mi hijo/a(s), la imagen y el habla pueden ser editadas, producidas, grabadas para la duplicación y distribución en todo los Estados Unidos y en el extranjero. Yo expresamente libero al programa Berkeley LEARNS después de Clases a sus licenciarios, cesionarios, afiliados y sucesores de cualquier intimidación, difamación, u otros derechos que se deriven de la transmisión, exhibición, publicación, o la promoción de este programa.

I have read the above information and I understand and agree to its content. I am fully aware of the legal consequences of signing this agreement and do so voluntarily.

He leído la información anterior y entiendo y estoy de acuerdo con su contenido. Estoy plenamente consciente de las consecuencias jurídicas de la firma de este acuerdo y lo hago voluntariamente.

Parent/Guardian Signature: _____
Firma, Padre/Tutor Legal

Date: _____
Fecha