

2019-2020 After School Homework Club

PARTICIPANT'S LAST NAME _____ FIRST _____ GENDER _____ AGE _____ BIRTH DATE _____ SCHOOL _____ GRADE _____
ADDRESS: _____ CITY _____ ZIP CODE _____

HOME PHONE (_____) _____ CELL (_____) _____

MOTHER'S NAME _____ BUSINESS PHONE (_____) _____

FATHER'S NAME _____ BUSINESS PHONE (_____) _____

EMAIL: _____

EMERGENCY CONTACT OTHER THAN PARENT (NAME): _____ PHONE (_____) _____

I AUTHORIZE **ONLY** THESE ADDITIONAL PERSONS TO PICK UP MY CHILD(REN):

1. NAME _____ RELATIONSHIP _____ 3. NAME _____ RELATIONSHIP _____

2. NAME _____ RELATIONSHIP _____ 4. NAME _____ RELATIONSHIP _____

PLEASE ATTACH SHEET IF YOU WISH TO ADD MORE INDIVIDUALS TO YOUR LIST. IN THE EMERGENCY EVENT THAT NONE OF THE AUTHORIZE PERSONS ARE AVAILABLE TO PICK UP YOUR CHILD, YOUR CHILD WILL BE RELEASED TO A NON AUTHORIZED PERSON PROVIDING THAT YOU CALL THE CENTER AND REVEAL THE FOLLOWING PASS WORD: _____ (YOU PICK THE PASS WORD.)

*IF YOU WISH TO HAVE YOUR CHILD WALK HOME UNACCOMPANIED, PLEASE SIGN HERE: _____

MEDICAL INFORMATION: INSURANCE PROVIDER _____ POLICY # _____

PHYSICIAN: _____ PHONE (_____) _____

IS CHILD ON MEDICATION? YES NO IF SO, WHAT: _____ AMOUNT _____ FREQUENCY _____

I AUTHORIZE CAMP ROSS SNYDER STAFF TO ADMINISTER MEDICATION:

NAME OF MEDICATION: _____ AMOUNT _____ FREQUENCY _____

PARENT'S SIGNATURE _____ DATE _____

LIST ANY MAJOR ILLNESSES, PHYSICAL LIMITATIONS, MEDICAL CONDITIONS OR BEHAVIORS THAT WE SHOULD BE AWARE OF IN CASE OF AN EMERGENCY: _____

PLEASE READ THOROUGHLY AND SIGN IN THE PERTINENT PLACES. CAMPERS WILL NOT BE PERMITTED TO PARTICIPATE IN ANY ROSS SNYDER ASC ACTIVITIES UNLESS THIS FORM IS FILLED OUT CORRECTLY AND SIGNED.

AUTHORIZATION TO PARTICIPATE

My child(ren), print name(s): _____, a minor(s) has/have my authorization to participate in the 2019-2020 "After School Club" and all activities therein. I further agree to relieve the City of Los Angeles Department of Recreation and Parks, its officers, agents, and employees from any liability for injury to my child resulting from and/or in connection with activities in this program. I, the undersigned, as parent/guardian of the above mentioned minor(s) do hereby authorize the City of Los Angeles to act as agent for the undersigned; to consent for any X-Ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis, treatment/hospital care which is deemed advisable by, and is to be rendered under the general or special supervision of any physician and/or surgeon licensed under the provisions of the Medicine Practice Act and on the medical staff of a licensed hospital; whether such diagnosis or treatment is rendered at the office of said physician or at said hospital. This authorization is given in advance of any specific diagnosis/treatment, etc., and is given to provide authority to aforesaid agents to give specific consent. This authorization is pursuant to the provisions of Section 25.8 of the Civil Code of California.

GENERAL POLICIES

1) Neither the Department of Recreation and Parks nor Ross Snyder RC carries insurance. **2)** Refunds may be issued for long term illnesses only (5 consecutive days or more), provided that we receive a signed note from a licensed physician within 3 days after illness. Refund handling service fee is \$10.00. Allow 6 to 8 weeks for processing of refunds. **3)** All deposits are absolutely non-refundable, NO EXCEPTIONS. **4)** The tuition fee for each week is due by the Wednesday before the week paying for. If "Ross Snyder ASC" does not receive your full payment, by Wednesday (6:00 pm), you may lose your space in the program and your deposit. **5)** Written permission must be provided if you wish your child to be released to anyone other than those authorized on the registration form. **6)** Staff reserves the right to change or alter programming at any time without notice. **7)** Staff is not responsible for lost or stolen articles. **8)** If your child(ren) is/are not picked up by 6:00 pm a \$2.00 dollars per child late fee will be assessed. **9)** Participants may not wear open toe shoes. **10)** Occasionally, "Ross Snyder ASC" will show rated G and PG 13 Videos. **11)** Participants should not bring any toys, radios etc. If such items are brought and lost. "Ross Snyder ASC" assumes no responsibility.

I have read and understand the AUTHORIZATION TO PARTICIPATE and GENERAL POLICIES. I hereby agree to abide by all the above mentioned policies and practices and further transgression of any policy is cause for immediate expulsion from the program without refund.

Name of parent or guardian Signature

Signature of parent or guardian

Date

Club De Niños de Despues de Escuela 2019-2020

_____, _____, _____, _____, _____, _____, _____,
APELLIDO DEL PARTICIPANTE NOMBRE GÉNERO EDAD FECHA DE NACIMIENTO ESCUELA GRADO

DIRECCIÓN: _____ **CIUDAD:** _____ **POSTALCÓDIGO:** _____

TELÉFONO DE CASA (_____) _____ **CELULAR (_____)** _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ **TELÉFONO DE TRABAJO (_____)** _____

NOMBRE DEL PADRE _____ **TELÉFONO DE TRABAJO (_____)** _____

Correo Electronico: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA ADICIONAL A LOS PADRE: _____ **TELÉFONO (_____)** _____

YO AUTORIZO SÓLO A ESTAS PERSONAS ADICIONALES PARA RECOGER A MI NIÑO/A;

1. NOMBRE: _____ **RELACIÓN:** _____ **3. NOMBRE:** _____ **RELACIÓN:** _____

2. NOMBRE: _____ **RELACIÓN:** _____ **4. NOMBRE:** _____ **RELACIÓN:** _____

POR FAVOR DE AÑADIR UNA HOJA SI USTED DESEA AÑADIR A MÁS INDIVIDUOS A SU LISTA, POR SI NINGUNA DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS ESTEN DISPONIBLES PARA RECOGER A SU HIJO/A. SU CAMPISTA SERA LIBERADO/A A UNA PERSONA NO AUTORIZADA SOLAMENTE SI USTED LLAMA AL CENTRO Y REVELA LA CONTRASEÑA SIGUIENTE: _____, (USTED ECOJE LA CONTRASEÑA) DISCLOSE

SI USTED DESEA QUE SU NIÑO/A CAMINE A CASA SOLO, POR FAVOR FIRME AQUÍ: _____

INFORMACIÓN MÉDICA: PROVEEDOR DE ASEGURANSA _____ NUMERO DE PLAN _____

MEDICO: _____ **TELÉFONO:** (_____) _____

SU NIÑO/A TOMA MEDICACIÓN? SI NO DE SER ASÍ, QUE: _____ **CANTIDAD:** _____ **FRECUENCIA:** _____

YO AUTORIZO EL PERSONAL DELCAMPO DE ROSS SNYDER PARA ADMINISTRAR LA MEDICACIÓN: _____

NOMBRE DE LA MEDICACIÓN: _____ **CANTIDAD:** _____ **FRECUENCIA:** _____

FIRMA DEL PADRE: _____ **FECHA:** _____

ANOTE CUALQUIER ENFERMEDAD PRINCIPAL, LIMITACIONES FÍSICAS, CONDICIONES MÉDICAS O COMPORTAMIENTOS QUE DEBERÍAMOS SER CONSCIENTES DE EN CASO DE UNA EMERGENCIA:

POR FAVOR LEA A FONDO Y FIRME EN LOS SITIOS PERTINENTES. NO LES PERMITIRÁN A PARTICIPAR EN CUALQUIER ACTIVIDAD DE EL "ASC" de ROSS SNYDER A MENOS QUE ESTA FORMA SEA LLENAD CORRECTAMENTE Y FIRMADA.

AUTORIZACIÓN DE PARTICIPAR

Mi niño(ños) imprima el nombre (s): _____, un menor (es) tienen mi autorización de participar en el "Club de Niños de Despues de Escuela 2019-2020" y todas las actividades allí. Adicionalmente consiento en aliviar la Ciudad de Los Ángeles, el Departamento de Reconstrucción y Parques, sus oficiales, agentes, y empleados de cualquier responsabilidad de la herida a mi niño que resulta de y/o en relación a actividades en este programa. Yo, el firmante, como el padre/guarda del menor(es) mencionado arriba autorizo por este medio la Ciudad de Los Ángeles para actuar como el agente para el firmante; consentir para cualquier examen de RAYO X, anestésico, diagnóstico médico o quirúrgico, cuidado de tratamiento/hospital que es juzgado aconsejable por, y debe ser dado en la supervisión general o especial de cualquier médico y/o cirujano licenciado bajo las provisiones del Acto de Práctica de Medicina y del personal médico de un hospital autorizado; si tal diagnóstico o tratamiento son dados en la oficina del médico dicho o en el hospital dicho. Esta autorización es dada antes de cualquier diagnóstico/tratamiento específico, etc., y es dada para proporcionar autoridades a agentes mencionados arriba para dar el consentimiento específico. Esta autorización es de acuerdo con las provisiones de la Sección 25.8 del Código Civil de California.

POLÍTICAS GENERALES

1) Ni el Departamento de Reconstrucción y Parques ni el campo pose aseguranza. 2) Los Reembolsos pueden ser publicados para enfermedades de término largas sólo (5 días de ASC consecutivos o más), a condición de que recibamos una nota firmada de un médico autorizado dentro de 3 días después de la enfermedad. El servicio de manejo de reembolso son \$10.00. Permita 3 a 4 semanas para el procesamiento de reembolsos 3) Todos los depósitos de ASC son absolutamente no reintegrables, NINGUNAS EXCEPCIONES. 4) Los honorarios de cuota escolar para cada semana son debidos el miércoles de la semana antes de la semana cual usted esta pagando por. Si "el ASC de Día de Ross Snyder" no recibe su pago total, el miércoles (a las 6:00pm), usted puede perder su lugar en el programa y su depósito. 5) Permiso escrito debe ser proporcionado si usted desea que su niño sea liberado a alguien además de aquellos autorizados en la forma de registro. 6) El Personal reserva el derecho de cambiar o cambiar la programación en cualquier momento sin el aviso. 7) El Personal no es responsable por artículos perdidos o robados. 8) Si su niño/a no es recogido para las 6:00pm se le cobrara \$2.00 dólares por niño/a 9) Los participantes no pueden llevar zapatos. 10) De vez en cuando, "el ASC de Día de Ross Snyder" mostrará tasado G y PG 13 Videos. 11) Es la responsabilidad de los Padres del Participante de asegurarse de recoger la Carta de Noticias Semanal que estará disponible el viernes de cada semana. 11) Los Participantes no deberían traer ningún juguete, radios etc. Si tales articulos son traídos y perdidos. "El ASC de Ross Snyder" no asume ninguna responsabilidad.

Yo e leído y entiendo la AUTORIZACIÓN DE PARTICIPAR y la POLÍTICAS GENERALES. Por este medio consiento en cumplir con todas las políticas mencionadas arriba y prácticas y la trasgresión adicional de cualquier política es la causa para la expulsión inmediata del programa sin el reembolso.

Nombre del Firma padre / guardián

Firma del padre / guardián

Fecha