



Registración para programas juveniles

Nombre del Estudiante _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Escuela _____ Grado _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Forma de Emergencia y Seguridad

Toda precaución será tomada para asegurar la seguridad del personal y de los participantes del programa en El Centro de Accion Social, pero no podemos eliminar la posibilidad de enfermedades de salud o de accidentes. Estamos preparados para cualquier emergencia que se presente, pero necesitamos la información siguiente para poder proveer ayuda de emergencia o medica.

Madre/Guardián

Padre Guardián

Domicilio

Domicilio

Numero de Contacto Durante el Día

Numero de Contacto Durante el Dia

Cellular

Cellular

Correo Electronico

Correo Electronico

Contacto de Emergencia _____	Numero de telefono _____
------------------------------	--------------------------

Direccion Ciudad Codigo Postal

Por Favor, Si Tiene, Ponga:

Medicamentos especiales: _____

Alergias/Instrucciones _____

Autorización para atención medica: En cualquier instante que mi hijo/a o yo requiera atención medica bajo el cuidado del personal de El Centro de Accion Social, yo autorizo que el personal de El Centro de Accion Social use su mejor decisión en obtener atención medica para mi niño/a. Además, yo doy permiso al doctor seleccionado por el personal de El Centro de Accion Social que rinda el cuidado y tratamiento apropiado que se requiera de acuerdo a la opinión medica. Yo entiendo que El Centro de Accion Social no tiene aseguransa para cubrir gastos médicos o de hospital . Cualquier gasto medico será mi responsabilidad.

Parent /Guardian Signature

Date



Contrato de Padre

Yo _____ he registrado a mi hijo/a _____, en el programa de Educación Juvenil / Embajadores por la Paz que ofrece el Centro de Accion Social.

Aun más, al firmar este contrato, yo acepto y comprendo la información del programa.

_____ Estoy informado que el programa comenzara en Septiembre de 2009 y terminara en Junio 2010, y que soy responsable por la transportación de mi hijo cuando sea necesario.

_____ Yo estoy de acuerdo que la buena asistencia y buenas calificaciones determinaran si mi hijo/a continuara en el programa todo el año.

_____ Yo estoy de acuerdo que El Centro de Accion Social puede tomar fotografías y videos de mi hijo/a para la publicidad, sin fines de lucro.

_____ Yo estoy de acuerdo que El Centro de Accion Social tendrá permiso de copiar las calificaciones de mi hijo/a para mantener en su oficina. Yo entiendo que el uso de estos datos es solamente para evaluar el programa. Información personal de mi hijo no será distribuida en ninguna manera sin mi autorización.

_____ Yo estoy de acuerdo que parte del programa después de la escuela involucra excursiones. Yo autorizo a El Centro de Accion Social que lleve a mi hijo/a a excursiones solo si mi hijo/a esta supervisado por empleados de El Centro de Accion Social.

_____ Estoy comprometido asistir talleres: Ayudando a mí hijo/a que se preparen para asistir a la universidad, ayuda emocional para mi hijo/a, y también apoyar a mi hijo/a que entienda y termine sus tareas.

_____ Yo entiendo que el programa consiste de una hora de tarea y una hora de actividades.

_____ **Youth Leadership Academy**
Muir High School
1905 Lincoln Ave.
Pasadena, CA 91103
Martes y Miercoles
3:15 p.m.- 5:15 p.m.

_____ **Student advocacy Project**
Washington Middle School
505 N. Marengo Avenue
Pasadena, CA 91103
Lunes 12:45-2:45
Jueves 2:50 p.m. -4:00 p.m.

_____ Yo entiendo que el programa también se enfoca en actividades culturales y en promover la paz en nuestras escuelas y comunidades.

Firma del Padre

Fecha