



ProYouth Staff use only	
Date received:	_____
Start Date:	_____
Info matches School Database:	<input type="checkbox"/>
Forms received:	<input type="checkbox"/>
Student ID:	_____

2017/2018 REGISTRATION

Student's Full Legal Name: _____ 2017/18 Grade: _____ Birth Date: ____/____/____ Age: ____ School: _____

Gender: _____ Ethnicity/Race: _____ Primary Language: _____ Eligible for free and reduced meals (circle one): Y/N Student

Address: _____ City: _____ Zip: _____

Parent/Guardian: _____ Relationship: _____ Parent/Guardian: _____ Relationship: _____

Phone#: (____) _____ - _____ Release Authorization (circle one): Y/N Phone#: (____) _____ - _____ Release Authorization (circle one): Y/N

Email: _____ Email: _____

Copies of any custody agreements, court orders, and restraining orders pertaining to the student? (circle one): Y/N
 Parent/Guardian must keep the school and ProYouth updated with legal documents.

Do you have any other students in the ProYouth Program: Name(s) and grade(s): _____
 Was your student in the program last year (circle one): Y/N Was your student on the waiting list last year (circle one): Y/N

Emergency Contacts: Students marked "Pick Up" will not be released from the program without a Parent/Guardian signature or that of one of the individuals listed below.
 (NOTE: NAMES LISTED MUST BE OF SOMEONE 16 YEARS OR OLDER WITH ID UPON REQUEST)

Name: _____ Phone#: (____) _____ - _____ Relationship: _____

Name: _____ Phone#: (____) _____ - _____ Relationship: _____

Enrollment: ProYouth will prioritize enrollment in HEART/EDGE based on several factors mandated by afterschool funding legislation in AB 1567. Once priority registration is complete, all other students will be enrolled based on a lottery system.

Attendance: The Program is provided from the end of regular day school until 6:00 pm every day school is in session. Attendance until 6:00 pm is mandatory. If a student is picked up before 6:00 pm an "Early Release" code must be indicated on the "Daily Attendance Card". Students who have three (3) unexcused absences may be dropped. It is expected that students attend program every day it is offered. Excused absences include a doctor's appointment, illness, counseling appointment, other mandatory appointments, or special needs approved by ProYouth.

Student Pick-up: Students marked "Pick Up" must be signed out by the Parent/Guardian or someone who is designated on the student Registration form (i.e. relative, friend). Students must be picked up promptly at the end of program. ProYouth staff will try to contact the Parent/Guardian or those designated as emergency contacts. After every effort has been exhausted to reach someone with no success, local law enforcement will be contacted. Late pick-up may result in a student being dropped from the program.

Emergency Contacts: As part of the Registration form ProYouth requires that the Parent/Guardian complete the Emergency Information section. Please remember that it is the Parent/Guardian responsibility to update the information with the ProYouth Program should the information change. In the event of an emergency, ProYouth staff will attempt to contact Parent/Guardian or those designated to pick up the students.

Discipline: Participation in the ProYouth Expanded Learning Program is a privilege. Disruptive or disrespectful behavior toward other students or ProYouth staff, or behavior that endangers the safety of others, is grounds for dismissal. We encourage Parents/Guardians to discuss concerns about student behavior with the ProYouth Site Director.

Homework: ProYouth is not a homework completion program. It is designed to support the State and Federal grant requirements which include academic and behavior improvement. Parents/Guardians should still check their student's homework each day to ensure completion and accuracy.

Policy on Liability: ProYouth is not liable for the payment of expenses incurred as result of any injuries. ProYouth is not liable for any personal items that may be damaged or lost or for the cost of replacing items. When required by law, ProYouth must provide information that you have provided to us to law enforcement.

Student Data and Surveys: To comply with State and Federal grant requirements, ProYouth obtains school/school district student data for each student participating in the ProYouth Program. Student data includes: instructional day attendance, academic achievement and scores, special needs status, and social/behavioral information. As part of our grant requirements, students enrolled in the Program will be asked to take ProYouth surveys; these surveys are available for parent/guardian review.

Parental support: Parents/Guardians will be required to attend a parent orientation meeting as part of the ProYouth Program enrollment process. At least two parent orientations will be offered during the year.

Transportation: (Please circle all that apply)	Walk	Pick Up
<p>Authorized Early Release Policy: ER-1: Attending a collaborative program (on- or off-site); ER-2: Transportation needs (bus rider, restricted transportation); ER-3: Safety Concerns (time change/weather conditions); ER-4: Family Obligation (custodial issues, family emergencies); ER-5: Medical/Dental Appointments; ER-6: Sent home (injury/illness/behavior issues); ER-7: Other conditions prescribed by the school and/or School Board (gas leak, power outage, etc.) this code applies to reasons when Program is closed by the School or District Administration ONLY.</p>		
<p>Permission to photograph: Occasionally, ProYouth activities may be photographed, video and/or audio recorded for educational, publicity or fundraising purposes, please indicate if you give permission for your student and/or yourself to appear in videos or audio recordings without compensation (e.g., as part of brochures or program websites).</p> <p>____ Yes, I give permission ____ No, I do not give permission</p>		
<p>In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, religion, political beliefs, or disability. To file a complaint of discrimination, write USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 or call (800)795-3272 (voice) or (202)720-6382 (TTY). USDA is an equal opportunity provider and employer.</p>		



proyouth

PARTICIPATION WAIVER AND RELEASE

ProYouth requests the following information in order to be in compliance with insurance regulations.

_____ has my permission to participate in the ProYouth Program and all ProYouth sponsored activities, including all sports and physical education activities that may be offered as a component of ProYouth. I understand and acknowledge that participation in sports and physical educational activities poses risks to my student, including the risk of strains, sprains, broken bones, and serious injury or death.

I hereby certify that the minor is my son/daughter and that his/her date of birth is _____ and I do hereby certify that to the best of my knowledge and belief said minor is in good health. In the event that I, or other parent/guardian, cannot be reached in an emergency, I hereby give permission to the staff to secure proper treatment for my student. I do hereby consent to whatever x-ray, examination, anesthetic, medical, surgical, dental diagnosis or treatment, and hospital care are considered necessary in the best judgment of the attending physician, surgeon, or dentist and performed by or under the supervision of the medical staff of the hospital or facility furnishing medical or dental services. It is further understood that the undersigned will assume full responsibility for any such action, including payment of costs.

I, as the Parent/Guardian of the minor, do hereby, for my student, myself, my heirs, executors and administrators, release and forever discharge and hold harmless the ProYouth Program and all officers, directors, employees, agents and volunteers of the organization, acting officially or otherwise, from any and all claims, demands, actions or causes of action which, in any way, arise from the minor's participation and/or my participations in activities.

PRO YOUTH COMPUTER AND INTERNET POLICY AGREEMENT

By signing below, I agree to the following: my student may be provided access to ProYouth Program; provided technology resources; have supervised access to the internet. I allow my student's generated projects or work to be published by ProYouth. I will be held financially responsible for any and all damage to the technology resources that are intentionally caused by the student named above. Any misuse of technology resources by the named student will result in immediate withdrawal of any and all access privileges and may result in other disciplinary action. For further details, please visit the ProYouth Internal Student Use of Technology Policy.

MEDICAL INFORMATION

I hereby advise that the above named minor has the following allergies, medicine reactions, or unusual physical conditions which should be made known to a treating physician: (If none, please write the word "none").

If your student has any medical conditions (anything as minor as glasses), please also complete the "Authorization for Use or Disclosure of Health Information" section below.

Any known allergies? _____
Any required medications? _____
Any other concerns the ProYouth Program should be made aware of? _____

Does the student enrolling in the Program have any special needs or an IEP? (Please provide any information that the Program should know) _____

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

This form authorizes ProYouth to receive and use your student's individually identifiable health information, as set forth below, consistent with federal laws (including HIPAA) concerning the privacy of such information. This information will enable us to support the needs of your student. Please complete.

Student/Patient Name: _____ Date of Birth: _____

I, the undersigned, do hereby authorize the school district, agency, and/or health care providers marked below:

_____ Visalia Unified School District, 5000 W. Cypress Ave, Visalia, CA 93277 _____ Woodville Unified School District, 16541 Rd. 168, Porterville, CA 93257
_____ Strathmore Unified School District, 19811 Orange Belt Dr., Strathmore, CA 93267 _____ Exeter Unified School District, 134 S. "E" St. Exeter, CA 93221
_____ Oak Valley School Union Elementary District 24500 Rd. 68 Tulare, CA 93274 _____ King City 435 Pearl St. King City, CA 93930

To provide health information from the above-named student's medical record to and from:

ProYouth, 505 N. Court Street, P.O. Box 387, Visalia, CA 93291
Contact the ProYouth Office: 559-798-9123 Fax: 559-741-4886

Requested information shall be limited to the following: All minimum necessary health information OR Disease-specific information as described

DURATION This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect until _____ (enter date) or for one year from the date of signature, if no date entered.

Printed Name: _____ Signature: _____

I acknowledge that I have carefully read this document in its entirety and understand the information herein. A copy will be made available to me upon my request.

I verify that the information contained in this registration form is complete and accurate. I understand that reasonable measures will be taken to engage my student in all after school program activities to safeguard the health and safety of all participants and that I will be notified as soon as possible in case of an emergency. In the event I cannot be reached in an emergency, I hereby authorize transportation to a medical facility and/or the calling of a physician at my expense to provide whatever emergency medical treatment is necessary. I understand that the School District and the ProYouth Program do not carry medical or dental insurance for children injured on the school premises.

I am signing below as an indication of my intent to have my student participate in the ProYouth Program. I have read and understand the conditions of my student's participation in the Participation Waiver and Release herein. I understand that the School District and the ProYouth Program do not carry medical or dental insurance for children injured on the school premises or in ProYouth related activities.

I agree to each of the terms and acknowledgments herein, and agree to permit my student to participate in the ProYouth Program and all sponsored activities.

Date: _____ Parent Name (Print): _____ Signature: _____

A NEW ENROLLMENT FORM MUST BE COMPLETED EACH SCHOOL YEAR FOR EACH STUDENT ENROLLING IN THE PROYOUTH PROGRAM.

proyouth

2017/2018 Registración

ProYouth Staff use only

Date received: _____

Start Date: _____

Info matches School Database:

Forms received:

Student ID: _____

Nombre Completo Legal del Estudiante: _____ Grado de 2017/18: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Escuela: _____

Género: _____ Etnicidad/Raza: _____ Lenguaje Primario: _____ ¿Es elegible para recibir comidas gratis o precio reducido? (circule uno) Si / No

Dirección de estudiante: _____ Ciudad: _____ Código: _____

Padre/Guardián: _____ Relación: _____ Padre/Guardián: _____ Relación: _____

De Teléfono: (____) _____ - _____ Autorización de liberación (circule uno) Si / No # De Teléfono: (____) _____ - _____ Autorización de liberación (circule uno) Si / No

Email: _____ Email: _____

¿Copias de cualquier acuerdos de custodia, órdenes judiciales y órdenes de restricción relacionadas con el estudiante? (circule uno) Si / No

Padre/Guardián debe mantener a la escuela y ProYouth informados con los documentos legales.

¿Tiene otros estudiantes que asistan algún otro programa de ProYouth? Por favor, indique los nombres y grados: _____

¿Estuvo su estudiante en el programa el año pasado? (circule uno) Si / No Estuvo su estudiante en la lista de espera del año pasado (circule uno) Si / No

Contactos de Emergencia: Los estudiantes marcados "Recogidos" no serán liberados del programa sin una firma de padre/guardián o firma de una de las personas que se mencionan a continuación. (Nota: LOS NOMBRES LISTADOS DEBEN SER DE UNA PERSONA DE 16 AÑOS O MAYOR CON IDENTIFICACIÓN BAJO SOLICITUD).

Nombre _____ Teléfono: (____) _____ - _____ Relación: _____

Nombre _____ Teléfono: (____) _____ - _____ Relación: _____

Inscripción: Prioridades de las inscripciones de HEART y EDGE se basan en varios factores requeridos por la legislación de financiamiento del programa después de la escuela en AB 1567. Una vez que se completan las inscripciones de prioridad, todos los demás estudiantes serán aceptados en el programa basado en un sistema de lotería.

Asistencia: El programa se ofrece desde el final del día escolar regular hasta las 6:00 pm todos los días que la escuela este en sesión. La asistencia hasta las 6:00pm de la tarde es obligatoria. Si un estudiante es recogido antes de 6:00pm, un código de "salida temprana" debe ser indicado en la "Tarjeta de Asistencia". Después de tres (3) ausencias injustificadas, los estudiantes pueden ser despedidos del programa. Se espera que los estudiantes asistan al programa cada día que es ofrecido. Una ausencia justificada es una cita con el médico, una enfermedad, cita de consejería, otras citas obligatorias, o necesidades especiales aprobados por ProYouth.

Recogida de Estudiante: Los estudiantes marcados "recogidos" deben ser recogidos con una firma por un padre/guardián o alguien que se designa en el formulario de registro de estudiantes (es decir, pariente, amigo). Los estudiantes deben ser recogidos puntualmente al final del programa. Al final del programa, si el estudiante no ha sido recogido, el personal de ProYouth tratará de ponerse en contacto con el padre/guardián, o los designados como contactos de emergencia. Si todos los esfuerzos para localizar a alguien se han agotado, y si esos esfuerzos no tienen éxito, se llamará a las autoridades de la ley. Recogidas tardes pueden resultar en que el estudiante sea despedido del programa.

Contactos de Emergencia: Como parte de la forma de registro, ProYouth requiere que el padre/guardián complete la sección Información de Emergencia. Por favor, recuerde que es la responsabilidad del padre/guardián notificar a los Programas de ProYouth de cualquier cambio de información. En el evento de una emergencia, el personal de ProYouth intentará comunicarse con el padre/guardián o los designados para recoger a los estudiantes.

Disciplina: La participación en el programa de Aprendizaje Ampliado de ProYouth es un privilegio. Comportamiento disruptivo, o falta de respeto hacia otros estudiantes o personal de ProYouth, o comportamiento que pone en peligro la seguridad de los demás pueden resultar en que su estudiante sea despedido del programa. Animamos a los padres/guardianes a conversar con el director/directora del sitio de ProYouth sobre el comportamiento del estudiante.

Tarea: ProYouth no es un programa diseñado para completar las tareas. Está diseñado para apoyar con los requerimientos estatales y federales, que incluyen el mejoramiento académico y comportamiento. Los padres/guardianes todavía deben revisar las tareas de sus hijos cada día para asegurar la terminación y exactitud.

Póliza Acerca de la Responsabilidad: ProYouth no es responsable por el pago de los gastos realizados como consecuencia de cualquier lastimadura. ProYouth no es responsable por objetos personales que pueden ser dañados o perdidos o por el costo de reemplazar los objetos. Cuando sea requerido por la ley, ProYouth debe proporcionar la información que usted nos ha proporcionado a las agencias de la ley.

Datos de Estudiantes y Encuestas: Para cumplir con los requisitos de las becas Federales y del Estado, ProYouth obtiene datos de los estudiantes del distrito escolar/escuela para cada estudiante que participa en cualquier Programa de ProYouth. Los datos de los estudiantes incluye: asistencia de instrucción día, marcas y logro académico, el estado de necesidades especiales, y la información social/de comportamiento. Como parte de nuestros requisitos de becas, se pide que los estudiantes matriculados en el programa participen en encuestas de los programas de ProYouth; estas encuestas están disponibles para revisión de los padres/guardianes.

Apoyo de Padres: Se requiere que los padres/guardianes asistan a una junta de orientación para los padres como parte del proceso de inscripción en el programa. Al menos dos orientaciones para padres se ofrecerán durante el año.

Transportación: (Circule una o todas que apliquen) **Caminador** **Recogido**

Acuerdo de Despedida Temprana o Llegada tarde: **ER-1:** Programa Colaborativo; **ER-2:** Necesidad de Transportación (Autobús, Transportación Restringida); **ER-3:** Preocupación de Seguridad (cambio de horario/condiciones de clima); **ER-4:** Obligación de Familia (Asuntos de Custodia, Emergencia Familiar); **ER-5:** Citas Médicas/Dental; **ER-6:** Enviado al hogar (Enfermedad/Lastimadura/Comportamiento); **ER-7:** Otra condición prescrita por la escuela/distrito escolar/consejo escolar (escape de gas, corte de energía, etc.). Este código se aplica a razones cuando el programa se cierra por la administración de la escuela o el Distrito SOLAMENTE.

Permiso para fotografiar: En ocasiones, las actividades del Programa ProYouth pueden ser fotografiados, grabados en vídeo, y/o audio grabados con fines educativos, publicitarios, o para recaudación de fondos. Por favor, indique si se le da permiso para que su estudiante y/o que usted comparezca en vídeos o grabaciones de audio sin compensación (por ejemplo, como parte de folletos o páginas web del programa).

____ Si, doy permiso **No**, no doy permiso

De acuerdo con la ley Federal y la póliza del Departamento de Agricultura de EE.UU., esta institución prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, creencias políticas o discapacidad. Para presentar una queja de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Light, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410 o llame al (800)795-3272 (voz) o (202)720-6382 (TTY). USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

proyouth

ProYouth solicita la siguiente información con el fin de estar en conformidad con las regulaciones de seguros.

RENUNCIA Y LIBERACIÓN DE PARTICIPACIÓN

_____ tiene mi permiso para participar en el programa ProYouth y todas las actividades patrocinadas, incluyendo todas las actividades de educación física y deportes que pueden ser ofrecidos como un componente de ProYouth. Entiendo y reconozco que la participación en deportes y actividades físicas educativas plantea riesgos para mi estudiante, incluyendo el riesgo de torceduras, esguinces, fracturas de huesos y lesiones graves o la muerte.

Por la presente certifico que el menor es mi estudiante y que su fecha de nacimiento es _____, y yo por la presente certifico que, según mi leal saber y entender, tal menor se encuentra en buen estado de salud. En el caso de que yo, u otro padre/guardián, no pueda ser localizado en caso de emergencia, doy permiso al personal para asegurar el tratamiento adecuado para mi estudiante. Por el presente consentimiento para cualquier rayo X, examen, anestesia, diagnóstico, tratamiento y la atención hospitalaria médica, quirúrgica o dental se consideran necesarios en el mejor juicio del médico tratante, cirujano o dentista y realizados por o bajo la supervisión del médico el personal médico del hospital o instalación o equipamiento de servicios dentales. Se entiende además que el firmante asumirá la plena responsabilidad de cualquier acción, incluyendo el pago de los costos.

Yo, como del padre/guardián del menor, por la presente, a mi estudiante, a mí mismo, mis herederos, ejecutores y administradores, la liberación y siempre descargo y mantener indemne al programa y todos los funcionarios, directores, empleados, agentes y voluntarios de la organización, actuando oficialmente o no, de cualquier y todos los reclamos, demandas, acciones o causas de acción que, de alguna manera, surgen de la participación del menor y / o participaciones en mis actividades.

ACUERDO DE COMPUTADORA Y POLIZA DE INTERNET

Yo entiendo que mi estudiante se le dará acceso a los recursos tecnológicos proporcionados por el Programa de ProYouth y he supervisado el acceso a internet y para permitir que los proyectos generados de estudiante o de trabajo que se publicarán por ProYouth. Voy a ser responsable financieramente por cualquier y todos los daños a los recursos tecnológicos que son causadas intencionalmente por el estudiante antes mencionado. Cualquier mal uso de los recursos tecnológicos por el estudiante llamado dará lugar a la retirada inmediata de cualquier y todos los privilegios de acceso y puede dar lugar a otras medidas disciplinarias. *Para obtener más detalles, por favor visite la Póliza de uso de tecnología de ProYouth.*

INFORMACION MEDICA

Por la presente aconsejo que el menor nombrado arriba tiene las siguientes alergias, reacciones a medicamentos o condiciones físicas inusuales, que deben ser dados a conocer a médico: (si no tiene, por favor, escribir la palabra "ninguna").

Si su estudiante tiene alguna condición médica (algo tan menor como lentes), por favor, también complete la "Autorización para el uso o divulgación de información médica" adjunta.

¿Cualquier alergia conocida? _____
¿Cualquier medicamento requerido? _____
¿Cualquier otra preocupación por la cual debe ser informado el programa? _____

¿Tiene el estudiante que se está inscribiendo en el programa alguna necesidad especial o algún Plan Individual de Educación? (Por favor proporcione cualquier información que del programa debería saber) _____

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Este formulario autoriza a ProYouth para recibir y usar la información individual y particular de su estudiante, tal como se expone a continuación, de acuerdo con las leyes federales (incluyendo HIPAA), relativa a la privacidad de dicha información. Esta información nos permitirá apoyar las necesidades de su hijo. Por favor complete.

Nombre del Estudiante/Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo al distrito escolar, agencia y/o proveedores de atención médica se indica a continuación:

_____ Visalia Unified School District, 5000 W. Cypress Ave, Visalia, CA 93277
_____ Strathmore Unified School District, 19811 Orange Belt Dr., Strathmore, CA 93267
_____ Oak Valley School Union Elementary District 24500 Rd. 68 Tulare, CA 93274

_____ Woodville Unified School District, 16541 Rd. 168, Porterville, CA 93257
_____ Exeter Unified School District, 134 S. "E" St. Exeter, CA 93221
_____ King City 435 Pearl St. King City, CA 93930

Para proporcionar información sobre la salud de la historia médica del niño/niña mencionado/a anteriormente desde y hacia:

ProYouth, 505 N. Court Street, P.O. Box 387, Visalia, CA 93291
Contacto la oficina de ProYouth: 559-798-9123 Fax: 559-741-4886

La información solicitada se limita a la siguiente: Toda información información específica de la enfermedad, como se describe

DURACIÓN: Esta autorización entrará en efecto de inmediato y permanecerá en efecto hasta que _____ (introducir fecha) o por un año desde la fecha de la firma, si no hay fecha anotada.

Nombre Escrito: _____ Firma: _____

Reconozco que he leído atentamente el presente documento en su totalidad y entender la información aquí contenida. Una copia de este documento estará disponible para mí a mi solicitud.

Yo verifico que la información contenida en este formulario de inscripción es completa y exacta. Yo entiendo que se tomarán las medidas razonables para involucrar a mi hijo en todas las actividades del programa después de la escuela para proteger la salud y la seguridad de todos los participantes y que se me notificará tan pronto como sea posible en caso de una emergencia. En el caso de que yo no pueda ser localizado en caso de emergencia, autorizo el transporte a un centro médico y/o la llamada de un médico a expensas mías para proporcionar cualquier emergencia es necesario un tratamiento médico. Yo entiendo que el distrito escolar y el Programa ProYouth no tienen seguro médico o dental para los niños lesionados en las instalaciones de la escuela.

Estoy firmando a continuación como una indicación de mi intención de que mi estudiante participe en el programa ProYouth. He leído y entendido las condiciones de participación de mi estudiante en la exención de participación y liberación en el presente documento. Yo entiendo que el distrito escolar y el Programa ProYouth no tienen seguro médico o dental para los niños lesionados en las instalaciones de la escuela o en actividades relacionadas ProYouth. Estoy de acuerdo con cada uno de los términos y reconocimientos en el presente documento, y estoy de acuerdo para permitir que mi estudiante participe en el Programa de ProYouth y todas las actividades

Patrocinadas Fecha: _____ Nombre de Padre (Escrito): _____ Firma: _____

UN NUEVO FORMULARIO DE INSCRIPCION ES REQUERIDO CADA AÑO ESCOLAR PARA CADA ESTUDIANTE EN EL PROGRAMA PROYOUTH

