



**AMP UP! 2022 Amphitheater Summer Learning Program – Kindergarten – 4th Grade
Registration form**



Summer Learning May 31st-June 23rd 7:45am-11:45am

Student's Name: _____ Date of Birth: ___/___/___ School: _____ 2021/2022 Year Grade: _____

Street Address: _____ Apt# _____ Zip: _____ Home Phone: _____

CONSENT FOR EMERGENCY TREATMENT

<u>Mother or Guardian</u> Name: _____ Home Phone: _____ Address: _____ Work Phone: _____ Email: _____	<u>Father or Guardian</u> Name: _____ Home Phone: _____ Address: _____ Work Phone: _____ Email: _____
--	--

If emergency medical action or treatment is required, and parent/guardian cannot be contacted, I hereby authorize my child to be given emergency medical care as deemed necessary by school officials. I understand that any expenses incurred will be paid for by the parent/guardian or by insurance coverage provided by the parent/guardian, and that payment of any medical expenses is not the responsibility of the school or the school district.

X _____ Date: _____
Signature of Parent or Guardian

Physician's Name: _____ Phone Number: _____

Insurance/Health Plan: _____ ID Number: _____ Phone Number: _____

Hospital Preference: _____

Transportation:

Does your child need transportation? Yes No

After the summer program, my child (select one):

Will be picked up by _____

Children will not be released to persons whose names do not appear on this form.

My child will go to _____ childcare when the program ends.

My child has permission to walk home from the Summer Learning Program.

Food service will be provided. Please indicate whether or not your child will participate in this service.

My child will participate in school breakfast

My child will participate in school lunch

Note: If your child is eligible for free or reduced lunch prices, this will continue for the summer meals.

If parent/guardian cannot be reached, name a relative or friend with a LOCAL PHONE who will be responsible for, and has permission to pick up your student if he/she is hurt or becomes ill at school, or in case of an emergency.

Name: _____

Name: _____

Address: _____

Address: _____

Daytime Phone: _____

Daytime Phone: _____

Any legal restricted custody decision the Summer Learning Program Coordinator should be aware of: _____

If yes, describe _____

Health/Allergies Information: _____

My child _____ **does/** _____ **does not** have permission to appear in the newspaper or television or on the radio while participating in school related activities for the Summer Learning Program.

Consent for Participation and Emergency Information Provided By:

Parent/Guardian Name (PRINTED): _____ Signature: _____ Date: _____

Deadline for registration is April 1, 2022 (Please return the registration form to your child's school.)

Please call the school office with changes, questions or concerns.

OFFICE USE

Date:

Time:



¡AMPLIFICAR! Programa de aprendizaje de verano 2022 Amphitheatre - Kindergarten - 4to grado



Formulario de inscripción

31 de Mayo al 23 de Junio. Las sesiones son de ½ día por la mañana 7:45 am-11:45 am

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Escuela: _____ Grado en 2021/2022: _____

Dirección: _____ Apto# _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

<u>Madre o tutor</u> Nombre: _____ Teléfono hogar: _____ Dirección: _____ Teléfono trabajo: _____ Email: _____	<u>Padre o tutor</u> Nombre: _____ Teléfono hogar: _____ Dirección: _____ Teléfono trabajo: _____ Email: _____
---	---

Si se requiere una acción o tratamiento médico de emergencia, y no se puede contactar al padre / tutor, por la presente autorizo a que mi hijo reciba atención médica de emergencia según lo consideren necesario los funcionarios escolares. Entiendo que cualquier gasto incurrido será pagado por el padre / tutor o por la cobertura de seguro proporcionada por el padre / tutor, y que el pago de cualquier gasto médico no es responsabilidad de la escuela ni del distrito escolar.

X _____ Fecha: _____
Firma de padre, madre o tutor

Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____

Seguro / Plan de salud: _____ Número de identificación: _____ Número de teléfono: _____

Preferencia de hospital: _____

Transporte:

¿Necesita su hijo transporte? Sí No

Después del programa de verano, mi hijo (seleccione uno):

Será recogido por _____

Los niños no serán entregados a personas cuyos nombres no aparecen en este formulario.

Mi hijo irá a la guardería _____ cuando finalice el programa.

Mi hijo tiene permiso para caminar a casa desde el Programa de aprendizaje de verano.

Se proporcionará servicio de comida. Indique si su hijo participará o no en este servicio.

Mi hijo participará en el desayuno escolar

Mi hijo participará en el almuerzo escolar

Nota: Si su hijo es elegible para almuerzo gratis o precio reducido, esto continuará para las comidas de verano.

Si no se puede localizar al padre / tutor, nombre a un familiar o amigo con un TELÉFONO LOCAL que será responsable y tendrá permiso para recoger a su estudiante si se lastima o se enferma en la escuela, o en caso de una emergencia.

Nombre: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono durante el día: _____ Teléfono durante el día: _____

Cualquier decisión legal de custodia restringida que el Coordinador del Programa de Aprendizaje de Verano deba conocer: _____

Si es así, describa _____

Información de salud / alergias: _____

Mi hijo _____ tiene / _____ no tiene permiso para aparecer en el periódico, la televisión o la radio mientras participa en actividades relacionadas con la escuela para el Programa de aprendizaje de verano.

Consentimiento para la participación e información de emergencia proporcionada por:

Nombre del padre / tutor (IMPRESO): _____ Firma: _____ Fecha: _____

**La fecha límite para la inscripción es el 1 de abril de 2022 (devuelva el formulario de inscripción a la escuela de su hijo).
Llame a la oficina de la escuela si tiene cambios, preguntas o inquietudes.**

OFFICE

Date:

Time: