

## 2020-2021 ProYouth XL Expanded Learning Program Agreement

Student's Full Legal Name: \_\_\_\_\_ 2020/21 Grade: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
 School: \_\_\_\_\_ School ID number: \_\_\_\_\_

**Students 18 years or older may fill out this application for themselves.**

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.

**Emergency Contacts:**

Name: \_\_\_\_\_ Phone#: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_ Phone#: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

**Enrollment:** Enrollment is open all year. This enrollment form is required to attend services provided by ProYouth. Completion of this enrollment form will allow your student to participate in all ProYouth Programs for the duration of the current school year.

**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.

**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.

Consent to School District Sharing Student Records with ProYouth: in accordance with Education Code section 49075, I, the undersigned, provide consent to the Tulare Joint Union High School District and Visalia Unified School District to release my student's records as follows:

- To the ProYouth Site Director and Regulatory Compliance Director: Student's full name, parent/legal guardian and emergency contact information, District student identification number, date of birth, grade level, academic grades, attendance information.
- To the ProYouth Regulatory Compliance Director: CalPADS statewide student identification number, student's gender, ethnicity, race(s), special education status (status only no details of the student's disability will be provided), English language learner status.

I further provide consent for ProYouth Programs to share the above-referenced student record information with ProYouth, as necessary, in order to comply with the requirements of grant provided to ProYouth. This authorization shall be effective immediately and shall remain in effect for the remainder of the current school year.

**Transportation from XL Program:** (Please circle all that apply)      **Walk**      **Pick Up**      **Bus**      **Drive**

Students that drive must have a valid driver's license and current insurance.

**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).

\_\_\_\_ **Yes**, I give permission      \_\_\_\_ **No**, I do not give permission

**ProYouth Computer and Internet Policy Agreement:** I understand that my student may be provided access to ProYouth Program-provided technology resources and 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 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.



ProYouth is an equal opportunity provider.

**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 child and that their 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 or emergency contacts, 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 medical professional 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. ProYouth is not liable for any expenses incurred as a result of any injuries.

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 participation in activities.

**MEDICAL INFORMATION**

I hereby advise that the above-named minor has the following allergies, reactions to medicine, or unusual physical conditions which should be made known to a treating physician. I acknowledge that only day school staff, and not ProYouth staff, can administer medications to my child.

Known allergies: \_\_\_\_\_  
Medications and schedule: \_\_\_\_\_  
Any other concerns ProYouth should be made aware of: \_\_\_\_\_  
  
Does your student have any special needs, or an IEP or 504 Plan? 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 marked below to share health information from the above-named student's medical record with ProYouth. I, the undersigned, do hereby authorize ProYouth to share health information from the above-named student's record with the school district marked below.**

- \_\_\_\_\_ Visalia Unified School District, 5000 W. Cypress Ave., Visalia, CA 93277
- \_\_\_\_\_ Tulare Joint Union High School District, 426 N. Blackstone, Tulare, CA 93274

**Requested information shall be limited to the following all minimum necessary health information.**

**DURATION:** This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect until June 30, 2021. Any changes to this release must be submitted to the ProYouth Site Director in writing.

**For additional information, contact the ProYouth Administrative Office:**  
505 North Court Street, Visalia, CA 93291 Office: 559-374-2030 Fax: 559-741-4886  
**For additional questions, contact the Area Program Manager:** Nathan Ortiz at 559-967-4791

*I understand that reasonable measures will be taken to safeguard the health and safety of all participants engaged in all afterschool expanded learning program activities. 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 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 or in ProYouth-related activities.*

*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. By signing below, I authorize and give consent for my student to participate in the ProYouth Expanded Learning Program. I have read and understand the conditions of my student's participation as described in the Participation Waiver and Release herein. I agree to each of the terms and acknowledgements herein and permit my student to participate in the ProYouth Program and all sponsored activities.*

**Date:** \_\_\_\_\_ **Parent Name (Print):** \_\_\_\_\_ **Signature:** \_\_\_\_\_



## 2020/2021 Acuerdo de Programa de Aprendizaje Ampliado ProYouth

Nombre Completo Legal del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado de 2020/21: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Número de identificación de la escuela: \_\_\_\_\_

**Estudiantes de 18 años o mayores pueden completar esta solicitud por sí mismos.**

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

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Copias de cualquier acuerdo 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.

### **Contactos de Emergencia:**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Inscripción:** La inscripción está abierta todo el año. Esta forma de inscripción es requerida para atender a los servicios provistos por ProYouth. Al completar esta forma, usted permite que su estudiante participe en todos los programas de ProYouth por la duración del tiempo en el distrito escolar.

**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 al programa de cualquier cambio de información. En el caso 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 en cuanto a las preocupaciones sobre el comportamiento del estudiante.

**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.

**Consentimiento para que el distrito escolar comparta los registros de los estudiantes con ProYouth:** de acuerdo con la sección 49075 del Código de Educación, yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento al Distrito de Escuelas Secundarias de Tulare Joint Union y Visalia para divulgar los registros de mis estudiantes de la siguiente manera:

- Al Director del Sitio ProYouth y al Director de Cumplimiento Normativo: nombre completo del estudiante, padre / tutor legal e información de contacto de emergencia, número de identificación del estudiante del distrito, fecha de nacimiento, nivel de grado, calificaciones académicas, información de asistencia.
- Al Director de Cumplimiento Normativo de ProYouth: número de identificación de estudiante de CalPADS en todo el estado, género, etnia, raza (s) del estudiante, estado de educación especial (solo se proporcionará información sobre la discapacidad del estudiante), estado de estudiante de inglés.

Además, doy mi consentimiento para que los Programas ProYouth compartan la información de registro de estudiante mencionada anteriormente con ProYouth, según ra cumplir con los requisitos de las subvenciones otorgadas a ProYouth. Esta autorización será efectiva de inmediato y permanecerá vigente por el resto del año escolar actual.

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

Los estudiantes que manejan deben tener una licencia de conducir válida y un seguro actual.

**Permiso para fotografiar:** En ocasiones, las actividades del Programa ProYouth pueden ser fotografiados, grabados en video, 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 videos o grabaciones de audio sin compensación (por ejemplo, como parte de folletos o páginas web del programa).

\_\_\_\_ **Si**, doy permiso \_\_\_\_\_ **No**, no doy permiso

**Acuerdo de computadora y póliza de internet:** Entiendo que a mi estudiante se le puede proporcionar acceso a los recursos tecnológicos provistos por el Programa ProYouth y tener acceso supervisado a Internet. Permiso que ProYouth publique los proyectos o trabajos generados por mi estudiante. Seré responsable financieramente por cualquier daño a los recursos tecnológicos causados por el estudiante mencionado anteriormente. Cualquier mal uso de los recursos tecnológicos por parte del estudiante designado resultará en el retiro inmediato de todos y cada uno de los privilegios de acceso y puede resultar en otra acción disciplinaria.

**Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.**

# proyouth

## RENUNCIA Y LIBERACION DE PARTICIPACION

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

\_\_\_\_\_ tiene mi permiso para participar en el programa ProYouth y todas las actividades patrocinadas por ProYouth, 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 puedan ser localizados en 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, 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 ProYouth 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.

## 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. Reconozco que solo el personal de la escuela, y no el personal de ProYouth, puede administrar medicamentos a mi hijo/hija.

¿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 a recibir y usar la información de salud identificable individualmente de su estudiante, como se establece a continuación, consistente con las leyes federales (incluyendo HIPAA) concernientes a la privacidad de dicha información. Esta información nos permitirá apoyar las necesidades de su estudiante. Por favor complete.

Nombre del Estudiante/Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo al distrito escolar marcado abajo para compartir información de salud del historial médico del estudiante mencionado anteriormente con ProYouth. Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a los ProYouth a compartir información de salud del récord del estudiante mencionado con el distrito escolar marcado abajo.**

\_\_\_\_\_ Visalia Unified School District, 5000 W. Cypress Ave., Visalia, CA 93277  
\_\_\_\_\_ Tulare Joint Union High School District, 426 N. Blackstone, Tulare, CA 93274

La información solicitada se limitará a la siguiente información de salud mínima necesaria.

**DURACION:** Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y permanecerá vigente hasta el 30 de junio del 2020. Cualquier cambio en esta forma de liberación debe ser enviado por escritor al director del sitio de ProYouth.

**Para información adicional, comuníquese con la oficina administrativa de ProYouth:**  
505 North Court Street, Visalia, CA 93291 Oficina: 559-374-2030 el Fax: 559-741-4886

Para preguntas adicionales comuníquese con el Gerente del Programa de Área Nathan Ortiz al 559-967-4791

*Entiendo que se tomarán medidas razonables para salvaguardar la salud y la seguridad de todos los participantes involucrados en todas las actividades del programa de aprendizaje ampliado después del horario escolar. Seré notificado tan pronto como sea posible en caso de una emergencia. En caso de que no pueda contactarme en una emergencia, por la presente autorizo el transporte a un centro médico a mi costa para proporcionar cualquier tratamiento médico de emergencia que sea necesario. Entiendo que el Distrito Escolar y el Programa ProYouth no tienen seguro médico o dental para niños lesionados en las instalaciones de la escuela o en actividades relacionadas con ProYouth.*

*Reconozco que he leído atentamente este documento en su totalidad y entiendo la información aquí contenida. Una copia estará disponible para mí a mi pedido.*

*Verifico que la información contenida en este formulario de registro es completa y precisa. Al firmar a continuación, autorizo y doy mi consentimiento para que mi estudiante participe en el Programa de Aprendizaje Ampliado de ProYouth. He leído y entiendo las condiciones de la participación de mi estudiante según se describe en la Exención y Liberación de Participación en este documento. Estoy de acuerdo con cada uno de los términos y reconocimientos aquí y permito que mi estudiante participe en el Programa ProYouth y en todas las actividades patrocinadas.*

Patrocinadas Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre de Padre (Escrito): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

