

2019 APACC Summer Program Application

Child First Name: _____ Last Name: _____

Date of Birth: _____ Grade Level: _____

Parent(s) or Guardian's Name(s): _____

Address: _____ Student Cell #: _____

Mother's Cell #: _____ Father's Cell #: _____

Person(s) authorized to pick up your child / Emergency Contacts:

Name: _____ Relationship: _____ Phone #: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone #: _____

Student lives with: Father Mother Step Parents Foster Legal Guardian

Primary Language Spoken at Home: English Other: _____

Is your child under medical care or taking any medication(s)? Yes No

If yes, please check all of the following conditions that your child has and indicate if medication needs to be dispensed at school?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Peanut or Nut Allergy | Epi-pen <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Other Allergies: _____ |
| <input type="checkbox"/> Asthma | Inhaler <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Special Needs/Disability: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | Insulin <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |

Family Health Care: _____ **Physician's Name:** _____ **Phone #:** _____

Address: _____ **Medi-Cal:** Yes No **Health Insurance #:** _____

Does the APACC SUMMER PROGRAM have permission to use photos of your child in educational or promotional materials? (There is no cost.) Yes No

Does your child have permission to check out at **5:00 PM** and walk home by him- or herself? Yes No

Please read and sign below:

While all reasonable precautions will be taken to ensure the safety of my child in all the program activities and field trips, I understand that Asian Pacific American Community Center and its staff cannot be held responsible for accidents that might occur to my child in any of the activities at the center or during field trips. I hereby hold the program and its staff harmless of any liability throughout the duration of the program.

Lastly, by signing I consent to APACC charging \$5 for every 10 minutes for late pickup.

Parent or Guardian Signature: _____ Date: _____



No Refund Policy
APACC Summer Program 2019

I, _____ (parent/guardian name) of _____ (child name), agree that I will not receive any refunds from the APACC Summer Program if I decide to withdraw/cancel my child's participation at any point during the summer or if I decide that the family will go on vacation during the summer.

I also agree that if my child is asked to leave the APACC Summer Program due to any behavior issues, I will not receive any refund.

Signature

Date

Parent/Guardian's Agreement Form
APACC Summer Program 2019

I, _____ (please print name), parent/guardian of

_____ (please print child's name), agree to enroll my child in the Summer Program.

I understand that the Summer Program offers mentoring and fun, educational, and recreational activities.

I am aware that my child's participation in the program is voluntary and that he/she may stop participating in the program at any time. I understand that my child will not be harmed or exposed to more risks by joining the program.

I understand that the information my child or my family discloses to the program staff and volunteers will remain confidential. However, I am aware that if the staff believes that my child might potentially cause serious harm to another person or endanger him/herself, then the staff may need to inform others to protect the safety of my child or others.

I agree to cooperate with the staff and encourage my child to participate consistently in the program's activities in order to get the most benefits out of the program. I understand the rules, regulations and procedures described by the program staff. I also understand that I should feel privileged to have my child participate in this program because of its benefits and because of the limited capacity in the program.

I understand that if my child wants to buy miscellaneous items while on field trip, I will give my child a maximum of \$20 in pocket money.

Parent/Guardian Signature **Date**

2019 亞太社區中心暑期班申請表

孩子姓名: _____ 孩子姓氏: _____

出生日期: _____ 年級: _____

家長或者監護人姓名: _____

地址: _____ 學生電話號: _____

媽媽電話號碼: _____ 爸爸電話號碼: _____

父母或者監護人郵箱: _____

授權人去接送你的孩子/緊急聯繫人:

名字: _____ 與孩子關係: _____ 電話號碼: _____

學生同住人: 爸爸 媽媽 繼父母 寄養 合法監護人

在家主要語言: 英文 其他: _____

你的孩子是否正在接受醫療護理或服用任何藥物? 是 否

如果答是, 請確認您的孩子是否有下列所有情況, 並指出是否需要在學校配備藥物?

花生或堅果過敏 腎上腺素自動注射劑 是 否 其他過敏症:

哮喘 吸入器 是 否 特殊需要/殘疾:

糖尿病 胰島素 是 否

家庭保健名稱: _____ 醫師姓名: _____ 電話號碼: _____

地址: _____ 白卡: 是 否 健康保險號碼: _____

是否允許亞太社區中心在教育或宣傳材料中使用您孩子的照片?(不會收取任何費用)

是: _____ 否: _____

您是否允許您的孩子在下午5點放學後自行走路回家? 是 否

請閱讀以下內容并簽名:

在採取了一切合理的預防措施以確保我的孩子在所有計劃活動和戶外活動安全的情況下, 我明白亞太社區中心及其工作人員不需要對我的孩子在中心進行的任何活動或者戶外活動負責。 我明白該計劃及其工作人員在整個計劃期間不需要負任何責任。

最後, 如果我每遲到10分鐘, 我同意亞太社區中心向我收取5美元。

家長或者監護人簽名: _____ 日期: _____



不設退款條款
亞太社區中心暑期班2019

本人 _____ (父母/監護人姓名), _____ (子女姓名) 的父母/監護人, 同意將不會得到來自亞太社區中心暑期課程的任何退款, 即使我選擇在暑期班中途讓我的孩子退出或者在暑期中途請假或去旅遊。

我並且同意如果我的孩子因行為表現問題被要求離開亞太社區中心暑期課程, 我將不會得到任何退款。

簽名

日期

家長／監護人同意表格
亞太社區中心暑期班2019

我, _____ (請用正楷填寫),

_____ (請用正楷填寫孩子姓名) 的父母或者監護人, 同意我的孩子加入暑期班。

我知道暑期班提供輔導和樂趣, 教育和娛樂活動。

我明白我的孩子參與該計劃是自願的, 他/她可能隨時停止參與該計劃。我明白我的孩子不會因為加入該計劃而受到傷害或面臨更多風險。

我明白如果我不能支付每週一百美金, 那我就需要至少每個星期為亞太中心的暑期班當一次義工。

我知道我的孩子或我的家人與計劃工作人員和志願者分享的信息將被保密。不過, 我知道, 如果工作人員認為我的孩子可能會對他人造成嚴重傷害或危及自己, 那麼工作人員可能需要通知他人保護我的孩子或他人的安全。

我同意與工作人員合作, 並鼓勵我的孩子始終參與該計劃的活動, 以從計劃中獲得最大的利益我理解並同意遵守計劃和工作人員所制定的規則, 規定和程序。我也明白, 因為這個項目的好處和能力有限, 我應該對參加這個項目感到榮幸。

我明白, 如果我的孩子想要在課外活動時購買雜項物品, 我會給我的孩子最多20美元的零用錢。

家長／監護人簽名

日期

2019 APACC Verano Aplicación del programa

Niño Nombre de pila: _____ Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nivel de grado: _____

Nombre (s) de los padres o tutores: _____

Dirección: _____ Estudiante Célula #: _____

Celda de la madre #: _____ Celda del padre #: _____

Padre o guardián correo electrónico: _____

DYfgcbUU lcf]nUXc`dUFUfYVé[Yf`Ugi \]c#Mc bHUMcg`XY`Ya Yf[YbV]U`

Nombre: _____ Relación: _____ Phone #: _____

Estudiante vive con: Padre Madre Padres de paso Foster Guardián legal

Idioma primario Hablado en casa: Inglés Otros: _____

¿está su hijo bajo cuidado médico o tomando algún medicamento(s)? Sí No

En caso afirmativo, por favor revise todas las siguientes condiciones que su hijo tiene e indique si la medicación necesita ser dispensada en la escuela?

- | | | | |
|---|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cacahuete o nuez Alergia | <input type="checkbox"/> EPI-Pluma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Otras alergias: |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Inhalador | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Necesidades especiales/discapacidad: |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Insulina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Atención de la salud familiar: _____ Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Médicoal: Sí No Seguro de salud #: _____

Hace el APACC Verano El programa tiene permiso para usar fotos de su niño en educación o promoción

¿Materiales? (no hay costo alguno.) Sí: _____ No: _____

¿tiene su hijo (a) permiso para 5: 00 PM y caminar a casa por él-o ella misma? Sí No

Por favor lea y firme abajo:

Mientras que todas las precauciones razonables serán tomadas para asegurar la seguridad de mi niño en todas las actividades del programa y viajes de campo, entiendo que Comunidad asiática del Pacífico americano El centro y su personal no pueden ser responsables de accidentes que puedan ocurrirle a mi hijo en cualquiera de las actividades en el centro o durante los viajes de campo. Por la presente, mantengo el programa y su personal inofensivo de cualquier responsabilidad durante toda la duración del programa.

Finalmente, Consiento que APACC cobrando \$5 por cada 10 minutos llego tarde a recoger a mi hijo.

Firma del padre o guardián: _____ Fecha: _____



No Hay Política de Reembolso
APACC Verano Programa 2019

Yo, _____ (nombre del padre/Tutor) de _____ (nombre del niño), acepto que no recibiré ningún reembolso del Programa de verano APACC si decido retirar/cancelar la participación de mi hijo en cualquier momento durante el verano o si decido que mi familia irá de vacaciones durante el verano.

También estoy de acuerdo en que si se le pide a mi hijo que abandone el Programa de verano de APACC debido a algún problema de conducta, no recibiré ningún reembolso.

Firma

Fecha

Formulario de acuerdo de padre/guardián
Programa de verano APACC 2019

I, _____ (por favor imprima el nombre), padre/guardián de

_____ (por favor imprima el nombre del niño), acepte inscribir a mi hijo/a en el programa de verano.

Entiendo que el programa de verano ofrece tutorías y actividades divertidas, educativas y recreativas.

Soy consciente de que la participación de mi hijo en el programa es voluntaria y que puede dejar de participar en el programa en cualquier momento. Entiendo que mi hijo no será perjudicado o expuesto a más riesgos por joining el programa.

También entiendo que se me pedirá que trabaje como voluntario una vez por semana si no puedo pagar \$ 100 por semana.

Entiendo que la información que mi hijo o mi familia divulga al personal del programa y a los voluntarios seguirá siendo confidencial. Sin embargo, soy consciente de que si el personal cree que mi hijo podría potencialmente causar daño grave a otra persona o poner en peligro a sí mismo, entonces el personal puede necesitar informar a otros para proteger la seguridad de mi hijo u otros.

Estoy de acuerdo en cooperar con el personal y animar a mi hijo a participar consistentemente en las actividades del programa con el fin de obtener los mayores beneficios del programa. Entiendo las reglas, reglamentos y procedimientos descritos por el personal del programa. También entiendo que debo sentirme privilegiado de que mi hijo participe en este programa debido a sus beneficios y debido a la capacidad limitada en el programa.

Entiendo que si mi hijo quiere comprar artículos misceláneos mientras está en viaje de campo, le daré a mi hijo un máximo de \$20 en dinero de bolsillo.

Firma del Padre/Guardián Fecha