

GRIMMER BEARS

EXPANDED LEARNING PROGRAM REGISTRATION FORM

Form must be completed and signed by a parent/guardian for each student prior to participating in the program. See ELP fee schedule for program for rates. **Program fee is waived for students eligible for lunch assistance program—MUST ATTACH CNS LETTER TO THIS FORM.** Return form to Site Coordinator or Grimmer Office if submitting before June 12.

If after June 12, mail or drop off at:

Fremont City Hall, 3300 Capitol Ave., Bldg. B., Fremont, CA 94538; Attn: Alvaro Zambrano

PARTICIPANT INFORMATION

First Name: _____ Last Name: _____

Male Female Birthdate: ___/___/___ Age: ___ Grade in 19/20: ___ Home Language(s): _____

Parent/Legal Guardian Name: _____ Parent/Guardian Email Address: _____

Cell Phone: _____ Home Phone: _____ Work Phone: _____

Address: _____ City: _____ Zip Code: _____

Participant's Medical Insurance Provider (Kaiser, Blue Shield, Medicaid, etc.): _____

The following people are authorized to pick up my child (they may be called in case of emergency):

| Name | Relationship to Child | Cell Phone | Home Phone | Work Phone |
|------|-----------------------|------------|------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

I am requesting to waive the sign out requirement for my child. My child will be departing on his/her own. As this child's parent/legal guardian, I have deemed them physically and mentally responsible enough to transport themselves. I do not put any responsibility or liability on City staff to monitor the departure of my child.
PARENT/GUARDIAN INITIAL: _____

MEDICAL CONDITIONS

Food Allergies Skin/Sunscreen Allergies Environmental Allergies Other: _____

Please explain & list: _____



OTHER INFORMATION

Understanding a child's background and special needs helps staff provide the best program experience for all participants, including your child. Please list any information that is important. (e.g. ADD, ADHD, Autism, learning disabilities, noise sensitivity, etc.):

Acceptance into the program is determined by the following: Priority 1: Principal/Teacher recommendations, Priority 2: Students currently enrolled in program (in good standing), Priority 3: Siblings of students enrolled under priority 1 & 2, Priority 4: Open enrollment. All balances must be paid before each payment deadline for students who are not eligible for lunch assistance program. All priorities are determined on a first come, first serve basis.

18/19 ELP RETURNER? YES NO

Parent/Guardian Name: _____ Signature: _____ Date: _____

OFFICE USE ONLY

Received by: _____ Date Received: _____ Time Received: _____





CITY OF FREMONT RELEASE AGREEMENT FOR ALL PARTICIPANTS

IN CONSIDERATION OF PERMISSION TO PARTICIPATE IN OR USE ANY CITY OF FREMONT (hereinafter referred to as "City") FACILITIES IN CONNECTION WITH THIS ACTIVITY, THE PARTICIPANT AGREES TO THE FOLLOWING:

1. THE PARTICIPANT HEREBY RELEASES, WAIVES, DISCHARGES AND COVENANTS NOT TO SUE THE CITY OF FREMONT, ITS EMPLOYEES, OFFICERS AND AGENTS (hereinafter referred to as "releasees") from all liability to the participant, his or her personal representatives, assigns, heirs, and next of kin, for any loss, damage, or claim therefore on account of injury to the person, participant's family member, or property of the participant, whether caused by any negligent act or omission of the releasees or otherwise, while the participant or participant's family member is participating in a City activity or using any City facilities in connection with the activity.

2. THE PARTICIPANT HEREBY AGREES TO INDEMNIFY AND HOLD HARMLESS the releasees from all liability, claims, demands, causes of action, charges, expenses, and attorney fees (including attorney fees to establish the releasees' right to indemnify incurred on appeal) resulting from involvement in this activity, whether caused by any negligent act or omission of the releasees or otherwise.

3. THE PARTICIPANT HEREBY ASSUMES FULL RESPONSIBILITY FOR RISK OF BODILY INJURY, DEATH OR PROPERTY DAMAGE to self or participant's family member while upon City property or participating in the activity or using any City facilities and equipment, whether caused by any negligent act or omission of releasees or otherwise. The participant expressly agrees that the foregoing release and waiver, indemnity agreement and assumption of risk, are intended to be as broad and inclusive as permitted by California law and that if any portion thereof is deemed to be held invalid, notwithstanding, the balance shall continue in full legal force and effect.

I ACKNOWLEDGE THAT I HAVE READ THE FOREGOING and I am aware of the legal consequences of this agreement, including the acknowledgement that it prevents me from suing the City or its employees, agents, or officers, if I or my family member is injured or my property is damaged for any reason as a result of participation in this activity. I further acknowledge that no oral representations, statements or inducements have been made.

IF THE PARTICIPANTS ARE MINORS his or her custodial parent or legal guardian must read and execute this agreement. I hereby warrant that I am the custodial parent or legal guardian of the participants listed on the registration form.

Expanded Learning Program 2019/20

Parent/Guardian Name (print): _____ **Participant Name:** _____

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Release Agreement must be signed before application is processed.

GRIMMER BEARS

FORMULARIO DE SOLICITDE DEL PROGRAMA DE APRENDIZAJE EXTENDIDO

El formulario debe ser completado y firmado por un padre/guardian para cada estudiante antes de participar en el programa. Vea la estructura de tarifas del programa para tarifas. **La tarifa del programa no se aplica a los estudiantes elegibles para el programa de asistencia para el lonche—DEBE ADJUNTAR CARTA DE CNS A ESTE FORMULARIO.** Envíe este formulario al coordinador del sitio o a la oficina de Grimmer si lo envía antes del 12 de Junio. Si después del 12 de Junio, envíe por correo o deje en:
Fremont City Hall, 3300 Capitol Ave., Bldg. B., Fremont, CA 94538; Attn: Alvaro Zambrano

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre: _____ Apellido: _____
 M F Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ Grado en 19/20: ___ Idioma(s) del hogar: _____
 Nombre del Padre/Guardian Legal: _____ Correo Electronica: _____
 Telefono Movil: _____ Telefono del Hogar: _____ Telefono del Trabajo: _____
 Domicilio: _____ Ciudad: _____ Codigo Postal: _____
 Seguro Medico del Participante (Kaiser, Blue Shield, Medicaid, etc.): _____

LAS SIGUIENTES PERSONAS ESTÁN AUTORIZADAS A RECOGER A MI HIJO/A (LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA):

| Nombre | Relacion al hijo/a | Telefono Movil | Telefono del Hogar | Telefono del Trabajo |
|--------|--------------------|----------------|--------------------|----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Estoy solicitando anular el requisito de salida para mi hijo/a. Mi hijo/a se irá por su cuenta. Mi hijo/a se irá por su cuenta. Como el padre/guardian legal del niño/a, los he considerado lo suficientemente física y mentalmente responsables para transportarse. No pongo ninguna responsabilidad o responsabilidad en el personal de la Ciudad para controlar la salida de mi hijo. Firma: _____

CONDICIONES MÉDICAS

Alergias de Comida Alergias de Piel/Protector Solar Alergias Ambiental Otro: _____

Por favor liste y explique: _____



OTHER INFORMATION

Comprender los antecedentes y las necesidades especiales de un niño ayuda al personal a proporcionar la mejor experiencia del programa para todos los participantes, incluido su hijo/a. Por favor, liste cualquier información que sea importante. (por ejemplo: ADD, ADHD, Autismo, problemas de aprendizaje, sensibilidad al ruido, etc.):

La aceptación en el programa está determinada por lo siguiente: **Prioridad 1: Recomendaciones del principal/maestro, Prioridad 2: Estudiantes actualmente inscritos en el programa (en buena situación), Prioridad 3: Hermanos de estudiantes inscritos en las prioridades 1 y 2, Prioridad 4: Inscripción abierta. Todas las tarifas deben pagarse antes de cada fecha de pago para los estudiantes que no son elegibles para el programa de asistencia para el lonche. Todas las prioridades se determinan por orden de llegada.**

RETORNOR DEL PROGRAMA DE 18/19? SI NO

Nombre del padre/madre/guardian legal (imprimir): _____ Firma: _____ Fecha: _____

EMPLEADOS DE LA OFFICINA (OFFICE USE ONLY)

Received by: _____ Date Received: _____ Time Received: _____

Por favor continua a la página siguiente...





ACUERDO DE LIBERACIÓN DE LA CIUDAD DE FREMONT PARA TODOS LOS PARTICIPANTES

EN CONSIDERACIÓN DEL PERMISO PARA PARTICIPAR O UTILIZAR CUALQUIER CIUDAD DE FREMONT (en lo sucesivo, "Ciudad") INSTALACIONES EN RELACIÓN CON ESTA ACTIVIDAD, EL PARTICIPANTE ACEPTA LO SIGUIENTE:

1. EL PARTICIPANTE POR LA PRESENTE PUBLICA, RENUNCIA, DESCARGO Y PACTOS QUE NO DEBEN PRESENTAR LA CIUDAD DE FREMONT, SUS EMPLEADOS, OFICIALES Y AGENTES

(en lo sucesivo, "liberados") de toda responsabilidad hacia el participante, sus representantes personales, cesionarios, herederos y familiares, por cualquier pérdida, daño o reclamo por lo tanto a causa de una lesión a la persona, la familia del participante miembro o propiedad del participante, ya sea causado por un acto negligente u omisión de los liberados o de otro modo, mientras el participante o miembro de la familia del participante esté participando en una actividad de la Ciudad o utilizando cualquier instalación de la Ciudad en relación con la actividad.

2. EL PARTICIPANTE POR EL PRESENTE ACUERDA INDEMNIZAR Y SOSTENER los liberados de toda responsabilidad, reclamaciones, demandas, causas de acción, cargos, gastos y honorarios de abogados (incluidos los honorarios de abogados para establecer el derecho de los liberados a indemnizar incurridos en la apelación) resultantes de la participación en esta actividad, ya sea causada por negligencia acto u omisión de los liberados o de lo contrario.

3. EL PARTICIPANTE POR LA PRESENTE ASUME LA RESPONSABILIDAD TOTAL POR EL RIESGO DE LESIONES CORPORALES, LA MUERTE O DAÑO A LA PROPIEDAD a uno mismo o al miembro de la familia del participante mientras se encuentre en la propiedad de la Ciudad o participando en la actividad o usando cualquier instalación y equipo de la Ciudad, ya sea causado por un acto negligente u omisión de liberaciones o de otro modo. El participante acepta expresamente que la liberación anterior y la renuncia, el acuerdo de indemnización y la asunción de riesgo están destinados a ser tan amplios e inclusivos como lo permite la ley de California y que si se considera que alguna parte de los mismos se considera no válida, el saldo continuará en plena fuerza y efecto legal.

RECONOZCO QUE HE LEÍDO LO ANTERIOR y estoy al tanto de las consecuencias legales de este acuerdo, incluido el reconocimiento de que me impide demandar a la Ciudad o sus empleados, agentes o funcionarios, si yo o un miembro de mi familia resulta lesionado o si mi propiedad se daña por algún motivo como una resultado de la participación en esta actividad. Además, reconozco que no se han realizado representaciones, declaraciones o incentivos orales.

SI LOS PARTICIPANTES SON MENORES su padre o guardian legal con la custodia debe leer y ejecutar este acuerdo. Por la presente garantizo que soy el padre con custodia o el guardian legal de los participantes que figuran en el formulario de registro.

Programa de Aprendizaje Extendido 2019/20

Nombre del padre/guardian (imprimir): _____ Nombre de hijo/a _____

Firma: _____ Fecha: _____

Acuerdo de Liberación de la Ciudad de Fremont debe ser firmado antes de que se procese la solicitud.