

**Camp Fire Use Only:**

Health Alert    Handbook Form

Information Inserted in System

Notes: \_\_\_\_\_

# EXPANDED LEARNING OPPORTUNITIES PROGRAM



*Taft Elementary School*  
"Tiger Club" Powered by Camp Fire  
2022-2023 School Year



## *Before School Program Registration Form*

Name of student: \_\_\_\_\_ Male \_\_\_ Female \_\_\_  
Last Name First Name

Grade: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Student Id#: \_\_\_\_\_

1) Parent – Legal Guardian (that child lives with)

Email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Last Name First Name Relationship

\_\_\_\_\_  
Street City State Zip Code

\_\_\_\_\_  
Home ph# Work ph# Cell ph#

2) Parent – Legal Guardian

Email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Last Name First Name Relationship

\_\_\_\_\_  
Street City State Zip Code

\_\_\_\_\_  
Home ph# Work ph# Cell ph#



Is your child enrolled in the free or reduced lunch program? (Optional)  Yes  No  
 Is your child designated as an English Learner (EL)?  Yes  No  
 Is your child designated as a Special Education (IEP) student?  Yes  No  
 Are you aware of any special learning difficulties your child may have?  Yes  No

If yes, please explain.

---

\*\*\*\*\*

### STUDENT HEALTH INFORMATION

Does your student have any medical condition(s) or allergies? Yes \_\_\_ No \_\_\_

If yes, please explain: \_\_\_\_\_

Does your student require a regular dosage of medication during program? Yes \_\_\_ No \_\_\_

If yes, please explain: \_\_\_\_\_

**Please note: If your student requires medication to be administered by the Camp Fire staff during program, additional paperwork will need to be completed.**

\*\*\*\*\*

#### INCASE OF A MEDICAL EMERGENCY:

Your signature is our authorization to call your physician to render necessary emergency treatment if there should be a serious illness or accident and neither parent can be reached. If you or your physician cannot be reached, or if the situation requires it, your signature is our authorization to seek medical help and assistance by contacting 911 emergency services or otherwise securing treatment at a local hospital.

I hereby warrant that undersigned parent, the guardian, or I am over (18) years of age and am competent to contract my own name so far as the above material is concerned.

---

Insurance provider (MediCal or other)	Name of Insured	Policy Number
---------------------------------------	-----------------	---------------

---

Physician	Address	Phone
-----------	---------	-------

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Esta su hijo(a) inscrito en el programa del almuerzo gratis? (opcional)  Si  No  
 Esta su hijo(a) designado como un Estudiante de Ingles?  Si  No  
 Esta su hijo(a) designado como un estudiante de Educación Especial?  Si  No  
 Está usted enterado de algunas necesidades especiales de su hijo(a) para aprender?  Si  No  
 Si es así, favor de explicar: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

### INFORMACION de SALUD del ESTUDIANTE

¿Tiene su hijo(a) alguna condición o alergias médicas de que debemos estar enterados? Si \_\_\_ No \_\_\_  
 Si su respuesta es si por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) toma medicina todos los días? Si \_\_\_ No \_\_\_  
 Si su respuesta es si por favor explique: \_\_\_\_\_

**Por favor note: Si su hijo(a) toma medicina y unos de los instructores tiene que dar la medicina, otros documentos tienen que ser llenados.**

¿Su hijo(a) tiene un inhalador o Epi-Pen? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Si su respuesta es si, cual?: \_\_\_\_\_

**Por favor note: Padres tienen que dar el inhalador o Epi-Pen del estudiante a los instructores de Camp Fire para tenerlo en nuestra caja de medicina y otros documentos tienen que ser llenados.**

\*\*\*\*\*

#### EN CASO DE EMERGENCIA:

Su firma nos autoriza a llamar al doctor para tratamiento en caso de emergencia de enfermedad o un accidente serio, y no se les pueda localizar. De no encontrar a los padres ni al doctor, o si la situación lo requiere, su firma también nos autoriza a pedir ayuda medica llamando a los servicios de emergencia 911 o buscar ayuda en el hospital local.

Declaro que yo el padre, madre o tutor legal abajo firmante soy mayor de 18 años de edad, y estoy capacitado a declarar en mi propio nombre lo antes mencionado.

Seguro Medico (Médico u otro)	Nombre del Asegurado	Número de Póliza
-------------------------------	----------------------	------------------

Medico	Dirección	# Telefónico
--------	-----------	--------------

\_\_\_\_\_  
 Padre/Madre o Tutor-Legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

## STUDENT DROP-OFF

Your child must be dropped-off to a Camp Fire Staff member. The “Before School Program” is offered from Monday through Friday 6:50am – 7:50am. **Camp Fire is NOT responsible for your child if he/she is not dropped-off to a Camp Fire Staff member.**

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Please fill-out the following individuals as authorized adults that may pick up your student from the program in case the parents/guardians cannot or in case of an emergency. Camp Fire must be notified of any changes immediately.**

\_\_\_\_\_  
Last Name                      First Name                      Relationship                      Phone Number

\_\_\_\_\_  
Last Name                      First Name                      Relationship                      Phone Number

\_\_\_\_\_  
Last Name                      First Name                      Relationship                      Phone Number

\_\_\_\_\_  
Last Name                      First Name                      Relationship                      Phone Number

\_\_\_\_\_  
Last Name                      First Name                      Relationship                      Phone Number

\_\_\_\_\_  
Last Name                      First Name                      Relationship                      Phone Number

The following individual(s) **may not** sign-out my child due to a court-issued order. **Please note: You must provide a copy of this document immediately to be kept on file at the site. We cannot hold a student from a parent/guardian unless this paperwork is on file.**

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

## ENTREGA DEL ESTUDIANTE

Su hijo(a) debe de ser entregado a un empleado de Camp Fire. "El Programa de Antes de Escuela" es disponible de Lunes a Viernes durante los horarios de 6:50am a 7:50am. **Camp Fire no se hace responsable de su hijo(a) su usted no lo entrega directamente a un personal de Camp Fire.**

\_\_\_\_\_  
Padre/Madre o Tutor-Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Las siguientes personas son adultos autorizados que pueden recoger a su estudiante del programa en caso que los padres/tutor-legal no puedan o en caso de emergencia. Por favor indique los nombres de otras personas aparte de los padres. Los padres deben de avisar a Camp Fire si hay cambios.**

\_\_\_\_\_  
Apellido                      Primer Nombre                      Relación al estudiante                      Numero de Telefono

\_\_\_\_\_  
Apellido                      Primer Nombre                      Relación al estudiante                      Numero de Telefono

\_\_\_\_\_  
Apellido                      Primer Nombre                      Relación al estudiante                      Numero de Telefono

\_\_\_\_\_  
Apellido                      Primer Nombre                      Relación al estudiante                      Numero de Telefono

\_\_\_\_\_  
Apellido                      Primer Nombre                      Relación al estudiante                      Numero de Telefono

\_\_\_\_\_  
Apellido                      Primer Nombre                      Relación al estudiante                      Numero de Telefono

**Las siguientes personas no pueden tener contacto con mi hijo(a) debido a una orden de la corte.  
Es necesario tener una copia de esta orden. No podemos detener a un estudiante de su padre/madre sin una orden de la corte.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**PERMISSION FOR PHOTOGRAPHS/VIDEO**

I hereby give **Camp Fire**, its legal representatives and assigns, the right and permission to publish, without charge, photographs or videotapes taken during program or at special events where my children may appear. These photographs or videotapes may be used in publications, audio-visual presentations, promotional literature, advertising, public media (newspapers, television, web sites, etc) or any other manner.

\_\_\_\_\_ (Initial–Required for program participation).

I give my consent knowingly and voluntarily and certify that I am the parent or legal guardian of

\_\_\_\_\_ (student’s name).

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\*\*\*\*\*

**RELEASE OF GENERAL LIABILITY**

I have reviewed all of the information and give permission for my child to participate in the Extended Learning Opportunities Program provided by **Camp Fire and Orange Unified School District. This program begins on Wednesday, August 17, 2022 and ends on Thursday, June 8, 2023. Program drop-off is between 7:15 am to 8:15 am, Monday through Friday, programs ends when bell rings for school to start. I understand that my child must be dropped-off with a Camp Fire Staff.** I understand that by virtue of participation my child may risk bodily injury and or other loss, including damage to property. I knowingly and freely assume all such risk for my child and myself. I release and hold harmless Camp Fire, its officers, agents, contractors, subcontractors, or employees with respect to any and all misconduct of one of the individuals or organizations. I release and hold harmless Orange Unified School District, its officers, agents, contractors, subcontractors, or employees with respect to any and all misconduct of one of the individuals or organizations.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Print Parent/Guardian Name

\_\_\_\_\_  
Date

## PERMISO PARA PUBLICAR FOTOGRAFÍAS / VIDEOCINTAS

Extiendo permiso a **Camp Fire** o a sus presentadores legales y designados el derecho de publicar sin cobro, fotografías o videos que sean gravados durante actividades del centro o eventos especiales donde pueda pareceré mi hijo(a). Estas fotografías y/o videos pueden ser usadas en publicaciones, presentaciones audio-visuales, literatura promocional, anuncios, y en cualquier otra forma.

\_\_\_\_\_ (Iniciales – Es necesario para participación del programa)

Voluntariamente doy mi consentimiento y certifico que yo soy el padre/madre o guardián legal de

\_\_\_\_\_ (nombre del niño/a).

\_\_\_\_\_  
Padre/Madre o Tutor-Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*\*\*\*\*

### LA LIBERACIÓN DE LA OBLIGACIÓN GENERAL

He revisado toda la información y doy permiso para que mi hijo/a participe en el Programa de Oportunidades de Aprendizaje Extendido **por Camp Fire y el Distrito Escolar Unificado de Orange. Este programa comienza el miércoles 17 de Agosto de 2022 y finaliza el jueves 8 de Junio de 2023. La entrega del programa es entre las 7:15 a.m. y las 8:15 a.m., de lunes a viernes, el programa termina cuando suena la campana para que comience la escuela. Entiendo que mi hijo/a debe ser dejado con un personal de Camp Fire.** Entiendo que, en virtud de participación, yo, o mi hijo/a arriesga a recibir/sufrir heridas corporales y otras perdidas, incluyendo dañosa a sus pertenencias. Asumo libremente todo tal riesgo para mi mismo y para mi hijo/a. Libero y declaro inofensivo a Camp Fire, a sus oficiales, agentes, contratistas, subcontratistas, y a sus empleados con respecto a cualquier y todo los riesgos y perdidas, excepto de aquellas heridas y perdidas que resulten debido a negligencia o mala conducta intencionalmente de uno de los individuos y organizaciones. Libero y declaro inofensivo al Distrito de Orange, a sus oficiales, agentes, contratistas, subcontratistas, y a sus empleados con respecto a cualquier y todo los riesgos y perdidas, excepto de aquellas heridas y perdidas que resulten debido a negligencia o mala conducta intencionalmente de uno del os individuos y organizaciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/ de la Madre o Tutor-Legal

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del Padre/de la Madre o Tutor-Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha