

Project Dream High School
21st Community Learning Center
719-293-0115
REGISTRATION FORM



Name of Student: _____ Grade _____ Date of Birth _____

Name of Parent(s)/Guardian(s): _____

Home Address: _____

Primary Phone #: _____ Second Phone #: _____

Does your child need transportation home from the afterschool program? YES NO

Does this student have any special needs program leaders should be aware of such as allergies, medications, dietary restrictions or a specific medical condition? Please explain:

Payment (cash or check made payable to LCSD)

___ \$30 per semester ___ Please contact me for financial assistance

* No child will be turned away for an inability to pay. Scholarships and payment plans are available. The **true cost** of each program is more than \$3 per day. If your family is in a position to contribute more, we encourage you to consider making a donation to offset your child's true cost.

___ homework help Monday – Thursday 4-6 pm

Clubs that will be available (days to be determined)

- ___ woodshop
- ___ video club
- ___ Lego Robotics team (7th and 8th grade only)
- ___ cooking
- ___ skateboard (weather dependent)

Wednesdays 1:00 - 3:30 pm

***You MUST be registered to participate or you must leave the building**

***You may choose 2 activities and you will be in each for 75 minutes**

7th, 8th, 9th grade:

- ___ Online Buzzmath
- ___ Homework in the library
- ___ Strength training
- ___ Open Gym
- ___ Junior leader at West Park or Intermediate school
- What are you interested in leading? _____

10th, 11th, 12th grade:

- ___ Online credit recovery
- ___ Science credit recovery class with CMC
- ___ Homework in the library
- ___ Strength training
- ___ Open Gym
- ___ Internship at West Park or Intermediate school
- What are you interested in leading? _____
- (needs: art, drama, soccer, biking, basketball, board games)

Please call Susan Fishman at 719-293-0115 or sfishman@lakecountyschools.net with any questions. Thank you!

Releases

1. I give my student permission to participate in the 21st Century Community Learning Center Project Dream activities including field trips. This permission is good for the 2014-2015 school year.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

2. I, _____, parent of _____ in consideration of my child's opportunity to participate in interscholastic activities, hereby consent to emergency medical treatment, hospitalization, or other medical treatment as may be necessary for the welfare of the above named child, by a physician, qualified nurse, and/or hospital, in the event of injury or illness during all periods of time in which the student is away from his/her legal residence as a participant in the Lake County School District interscholastic activities programs, and hereby waive on behalf of myself and the above named child any liability of the school district, any of its agents or employees, arising out of such medical treatment.

I am aware that participating in Project Dream recreational activities (the "Activity") can be dangerous, and does or may involve risks of injury, loss, or damage. I further acknowledge that such risks may include such things as bodily injury, personal injury, sickness, disease, death, and property loss or damage. I acknowledge that such risks may arise from a variety of foreseeable and unforeseeable circumstances, including but not limited to the following risks: Equipment used in the Activity may break, fail or malfunction, despite reasonable maintenance and use. Some of the equipment used in the Activity may inflict injuries even when used as intended. Persons using equipment may lose control of such equipment and cause injury to themselves or others. Although adult personnel involved in supervising or conducting the Activity will use their best judgment in determining how to react to circumstances that arise during the Activity, such personnel may misjudge such circumstances.

I agree that the Lake County School District, its officers, employees, and insurers ("Released Parties") are **NOT RESPONSIBLE** for my child's safety in connection with my child's participation in the Activity. Being fully aware of the risks, conditions and hazards of my child's participation in the Activity, and that certain risks, conditions and hazards associated with participation in the Activity, may be unknown by me when I sign this Agreement, **I HEREBY AGREE TO WAIVE, RELEASE AND DISCHARGE** the Released Parties from all liability for claims for bodily injury, personal injury, sickness, disease, death, and property loss or damage, of whatever kind or nature, that may accrue to me or my child after signing this Agreement as a result of my child's participation in the Activity, whether such injury, loss or damage was foreseeable or not, or was caused by the act, omission, negligence, carelessness or other fault of the Released Parties, or from any other cause.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

In accordance with §13-22-107(4) of the Colorado Revised Statutes, this agreement shall not be construed to permit a parent acting on behalf of his or her child to waive the child's prospective claims against the Lake County School District, its officers and employees, for a willful and wanton act or omission, a reckless act or omission, or a grossly negligent act or omission.

3. We occasionally photograph activities and students. The photos may be published in the newspaper, used on television, or posted on the school web site. We will not allow this without your permission as parents or guardians. Please fill out the information below indicating your preference by checking the appropriate line.

_____ I give permission for my child to be photographed at school and in activities.

_____ I DO NOT give permission for my child to be photographed at school and in activities.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Proyecto de Sueños Middle School
21st Century Community Learning Center
719-293-0115



Inscripción

Nombre del Estudiante: _____ Grado _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del padre(s)/o tutor(es): _____

Dirección de Casa: _____

Número de teléfono principal: _____ número de teléfono secundario: _____

Mi estudiante necesita transportación a casa después de programa: SI NO

El estudiante tiene cualquier necesidad especial que los líderes del programa deben de saber a si como alergias, medicamentos, restricciones nutricionales o alguna condición medica en específico? Por favor explique:

Pago: (efectivo o cheques a LCSD)

___ \$30 cada semestre ___ Por favor comuníquese conmigo sobre la ayuda financiera.

***A ningún niño/a se le negara su participación por no poder pagar. Becas y planes de pagos están disponibles. El pago verdadero de cada programa es más que \$3 por día. Si su familia está en una posición para contribuir más, los alentamos para que hagan una donación para compensar el costo verdadero de su hijo/a.**

___ Ayuda de tarea lunes hasta jueves 4-6 pm

Clubs that will be available (days to be determined)

- ___ woodshop (Wednesdays)
- ___ video club
- ___ Lego Robotics team (7th and 8th grade only)
- ___ cooking
- ___ skateboard (weather dependent)
- ___ other? _____

Wednesdays 1:00 - 3:30 pm

***Necesita registrar o tendra que salir de la escuela**

***Puede escoger 2 actividades y pasara 75 en cada uno**

7th, 8th, 9th grade:

- ___ Online Buzzmath (intervención de matemáticas en computadora)
- ___ Homework in the library (tarea en la biblioteca)
- ___ Strength training (pesas)
- ___ Open Gym (gimnasio abierto)
- ___ Junior leader at West Park or Intermediate school (lider de un club con niño's)
- ___ What are you interested in leading? _____

10th, 11th, 12th grade:

- ___ Online credit recovery or online classes (clases en la computadora para ganar créditos)
- ___ Science credit recovery class with CMC (clase de ciencia para recubrir crédito)
- ___ Homework in the library (tarea en la biblioteca)
- ___ Strength training (pesas)
- ___ Open Gym (gimnasio abierto)
- ___ Internship at West Park or Intermediate school (ser lider de un club para estudiantes menores)
- ___ What are you interested in leading? _____
(needs: art, drama, soccer, biking, basketball, board games)

Por favor, llame a Susan Fishman a la escuela intermedia, 719-293-0115 o sfishman@lakecountyschools.net para cualquier pregunta. ¡Gracias!

Libercaciones de Responsabilidad para Participantes

1. Yo doy permiso a mi estudiante para que participe en las actividades de Proyecto de Sueños de 21st Century Community Learning Center (Centro de Aprendizaje de la Comunidad del siglo 21). Este permiso es v3lido durante el a3o escolar 2014-2015.

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

2. Yo, _____, padre de _____ tomando en cuenta la oportunidad de que mi hijo/a participe en actividades escolares, por el presente, doy mi consentimiento para que se otorgue tratamiento m3dico de emergencia, hospitalizaci3n, o tratamiento m3dico por un doctor, enfermera/o calificado, y/o hospital, a medida que sea necesario para el bienestar de mi hijo/a mencionado arriba, en caso de que ocurra una lesi3n o enfermedad durante todos los periodos de tiempo en los cuales el estudiante este fuera de su residencia legitima como participante en actividades y programas escolares del Distrito Escolar del Condado Lake, y por el presente, libero en mi nombre y en nombre de mi hijo/a mencionado arriba, al distrito escolar y cualquiera de sus agentes y empleados, de cualquier responsabilidad que resulte de dicho tratamiento m3dico.

Yo estoy consciente que participar en el programa (la "actividad") de Proyecto de Sueños puede ser peligroso e involucra riesgos, p3rdida, da3os y perjuicios. Adem3s, estoy consciente de que dichos riesgos pueden incluir tales cosas como lesi3n corporal, da3o moral, enfermedad, muerte, p3rdida o da3os y perjuicios a bienes, muebles e inmuebles. Yo estoy consiente de que dichos riesgos pueden surgir por medio de una variedad de circunstancias predecibles e impredecibles que incluyen pero no se limitan a los siguientes riesgos: equipo puede quebrarse o fallar mientras se este usando, a pesar de mantenimiento y uso adecuado, equipo que se usa en las actividades puede infligir lesiones aun cuando se usa como se debe. Personas usando equipo pueden perder control del equipo y causarse lesiones a si mismos o causar lesiones a otros. Aunque el personal de adultos involucrados en supervisar las actividades o los adultos llevando acabo las actividades usaran su mejor criterio en determinar como reaccionar a las circunstancias que surjan durante la activad, dicho personal puede juzgar mal dichas circunstancias.

Yo estoy de acuerdo que el distrito escolar del condado Lake, sus funcionarios, empleados y aseguradores (Partes liberadas) NO SON RESPONSABLES por la seguridad relacionada a la participaci3n de mi hijo/a en la actividad. Estando totalmente conciente de los riesgos, condiciones, y peligros asociados con la participaci3n de mi hijo/a en la actividad, los cuales pueden ser desconocidos por mi en el momento de firmar esta autorizaci3n, YO POR EL PRESENTE LIBERO Y EXONERO a las partes liberadas, de toda responsabilidad, reclamos y demandas por lesiones corporales, da3o moral, enfermedad, muerte, perdida, da3os y perjuicios de cualquier 3ndole, a bienes, muebles e inmuebles, que se puedan devengar a mi o mi hijo/a como resultado de la participaci3n en la activad, ya sea, lesi3n, perdida o da3o que haya sido predecible o impredecible y causada o causado por acto, omisi3n, negligencia, imprudencia u otra falta, por la partes liberadas, o cualquier otra cosa que ocurra despu3s de firmar este acuerdo.

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

De acuerdo con la secci3n §13-22-107(4) de textos legales, revisados y actualizados de Colorado, este acuerdo no debe ser interpretado para permitir que un padre actuando en nombre de su hijo/a renuncie a futuros reclamos/demandas que el ni3o/a puede presentar contra el distrito escolar, sus funcionarios, y empleados por un acto u omisi3n voluntario o disipado, un acto u omisi3n imprudente, o un acto u omisi3n extremadamente negligente.

3. Ocasionalmente, fotografiamos las actividades para ser publicados en televisi3n, peri3dico o Internet. No permitiremos eso sin el permiso de los padres o tutores. Favor de llenar la informaci3n abajo, indicando su preferencia en cuanto a este asunto por marcar los espacios apropiados.

_____ Yo, si doy mi permiso para que puedan sacar fotos a mi hijo/a en la escuela y en las actividades.

_____ Yo, NO doy mi permiso para que puedan sacar fotos a mi hijo/a en la escuela y en las actividades.

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____