



# REACH After School Program 2024-2025 Registration Form



- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Birney Tech Academy | <input type="checkbox"/> Magee Academy of the Arts & Science | <input type="checkbox"/> Rio Vista Elementary | <input type="checkbox"/> South Ranchito Dual Lang. Academy |
| <input type="checkbox"/> Durfee Elementary   | <input type="checkbox"/> North Ranchito Elementary           | <input type="checkbox"/> Rivera Elementary    | <input type="checkbox"/> Valencia Academy of the Arts      |

Student Last Name:	First Name:	Middle:	Grade Entering	Male/Female	Date of Birth
Student Address:			City:		Zip:
Student District Email:					
Does your child need any special accomodation? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
Does your child have an IEP? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
Does your child require a one on one during the school day? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
Allergies: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No      Please Explain:					
Daily Medications:					
Administered at home <input type="checkbox"/> Time:			Administered at school <input type="checkbox"/> Time:		

Mother/Guardian Name:	Work Phone:	Home Phone:	Cell Phone:
Cell Phone Carrier:		Would you like to receive text messages regarding program info: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Email:			
Father/Guardian Name:	Work Phone:	Home Phone:	Cell Phone:
Cell Phone Carrier:		Would you like to receive text messages regarding program info: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Email:			

The following are **NOT** authorized to pick up my child:

Name:	Relationship:	Doc. Included
Name:	Relationship:	Doc. Included

### Parent/Guardian & Student Agreement 2024-2025

I undersigned, have read and agree to the REACH After School Parent & Student Handbook.

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_ Please Initial: \_\_\_\_\_

### Hold Harmless Agreement

I agree to waive and release the City of Pico Rivera and its officers, agents, and employees from and against any and all claims, cost liabilities, expenses, or judgments, including attorney's fees and court costs arising from my child's (or my) participation in the City's recreation program or any illness or injury resulting therefrom.

I further agree to indemnify and hold harmless the City of Pico Rivera from and against any and all such claims, whether caused by negligence or otherwise, except for illness and injury resulting directly from willful misconduct on the part of the City, its employees.

I understand and agree that by signing this waiver, I am freeing the City of Pico Rivera, its officers, agents, or employees from any liability resulting from my child's (or my) participation in this activity.

I give my permission to the City of Pico Rivera to photograph me or my children participating in the programs for use in the City of Pico Rivera publicity and publications and will not seek compensation for such. \_\_\_\_\_ Please initial.

<i>For office use only</i> <b>Input By</b> _____ <b>Date</b> _____
---



# REACH After School Program 2024-2025 Forma de Matriculación



- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Birney Tech Academy | <input type="checkbox"/> Magee Academy of the Arts & Sciences | <input type="checkbox"/> Rio Vista Elementary | <input type="checkbox"/> South Ranchito Dual Lang. Academy |
| <input type="checkbox"/> Durfee Elementary   | <input type="checkbox"/> North Ranchito Elementary            | <input type="checkbox"/> Rivera Elementary    | <input type="checkbox"/> Valencia Academy of the Arts      |

Apellido de Estudiante:	Nombre:	Segundo Nombre:	Grado	Niño o Niña	Fecha de Nacimiento
Direccion de Estudiante:			Ciudad:		Codigo Postal:
¿Necesita su hijo/a acomodación especial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
¿Su hijo/a tiene un IEP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
¿Su hijo/a tiene un cuidador de uno a uno en el día escolar regular? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Alergias: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Favor de Explicar:					
Medicación Diaria:					
Administrado en casa <input type="checkbox"/> Tiempo:			Administrado en la escuela <input type="checkbox"/> Tiempo:		

Nombre de Madre/Guardian:	Telefono del Trabajo:	Telefono de Casa:	Telefono Celular:
Compañía de Teléfono Celular:		¿Gustaría recibir mensajes de texto en relación con información del programa? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Email:			
Nombre de Padre/Guardian:	Telefono del Trabajo:	Telefono de Casa:	Telefono Celular:
Compañía de Teléfono Celular:		¿Gustaría recibir mensajes de texto en relación con información del programa? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Email:			

Las siguientes personas **NO** estan autorizadas para recoger a mi(s) hijo(s):

Nombre:	Parentesco:	Doc. Incluido
Nombre:	Parentesco:	Doc. Incluido

### Acuerdo 2024-2025 Padre/Tutor y Estudiantes

Lei y entiendo que el firmar esta renuncia entiendo el Manual de Padres y Estudiantes del programa REACH.

Nombre Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

### Liberación de Responsabilidad

Yo estoy de acuerdo a renunciar y liberar a la Ciudad de Pico Rivera y sus directores, agentes y empleados de, y contra cualquier, y todas demandas, gastos de responsabilidad, expensas o juicio, incluyendo los gastos de abogados y tribunal que resulten de la participación de mi hijo/a (o yo) en el programa de recreación de la ciudad o cualquiera enfermedad o daño que resulte de aquí en adelante.

Estoy de acuerdo a indemnizar y detener indefinible a la Ciudad de Pico Rivera de y contra cualquiera y todas las demandas, ya sean causadas por negligencia o por cualquier otra razón, excepto las enfermedades o daños causados directamente por la voluntariosa mala conducta en parte de la ciudad y sus empleados.

Yo entiendo y estoy de acuerdo de que al firmar esta renuncia, yo libero a la Ciudad de Pico Rivera y a sus directores, agentes y empleados de cualquier responsabilidad que resulte de la participación de mi hijo/a (o yo) en este evento o actividad.

Yo doy permiso a la Ciudad de Pico Rivera de fotografiar a mi o mis hijos/as participando en programas para el uso de publicidad o publicaciones para la Ciudad de Pico Rivera y no solicitare compensación de tal. \_\_\_\_\_ Iniciales.

<i>For office use only</i> <b>Input By</b> _____ <b>Date</b> _____
---



# REACH After School Program 2024-2025 Pick-Up Authorization



I authorize the following **Adults** (must be over 18 years of age) to pick up my child (other than Parent/Guardian)

Name:		Relation to Student:	
Home Phone:	Work Phone:	Cell Phone:	

Name:		Relation to Student:	
Home Phone:	Work Phone:	Cell Phone:	

Name:		Relation to Student:	
Home Phone:	Work Phone:	Cell Phone:	

Name:		Relation to Student:	
Home Phone:	Work Phone:	Cell Phone:	

Name:		Relation to Student:	
Home Phone:	Work Phone:	Cell Phone:	

Name:		Relation to Student:	
Home Phone:	Work Phone:	Cell Phone:	

REACH operates after school until 6:00 p.m. REACH participants may be released early from the program to attend appointments, illness, extracurricular activities, family emergencies, sports, class practice, family need, etc.

I hereby represent that I understand and am familiar with the nature of activities in which my child will participate and have personally read and understand this Release.

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

\_\_\_\_\_  
Date



# REACH After School Program 2024-2025 Información de Emergencia



Yo autorizo a los siguientes **Adultos** (mayor de 18 años) para recoger a mi niño(s) (aparte de los Padres/Guardians)

Nombre:		Parentesco de Estudiante:	
Telefono de Casa:	Telefono del Trabajo:	Telefono Celular:	

Nombre:		Parentesco de Estudiante:	
Telefono de Casa:	Telefono del Trabajo:	Telefono Celular:	

Nombre:		Parentesco de Estudiante:	
Telefono de Casa:	Telefono del Trabajo:	Telefono Celular:	

Nombre:		Parentesco de Estudiante:	
Telefono de Casa:	Telefono del Trabajo:	Telefono Celular:	

Nombre:		Parentesco de Estudiante:	
Telefono de Casa:	Telefono del Trabajo:	Telefono Celular:	

Nombre:		Parentesco de Estudiante:	
Telefono de Casa:	Telefono del Trabajo:	Telefono Celular:	

REACH opera después de clases hasta las 6:00 p.m. Los participantes de REACH pueden salir temprano del programa para asistir a citas, enfermedades, actividades extracurriculares, emergencias familiares, deportes, prácticas de clase, necesidades familiares, etc.  
Yo de aquí en adelante represento que entiendo y estoy familiarizado/a con el tipo de actividades en las cuales yo y mi hijo/a participaremos en este programa de recreación y personalmente e leído y entiendo esta liberación.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha