



KYDS After School Program 2013-2014  
East Valley High School

**Student Registration Form**

Student Name: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_

Parent/Legal Guardian's Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Home #: \_\_\_\_\_ Work #: \_\_\_\_\_ Alternate/Cell #: \_\_\_\_\_

Please list all known allergies and/or medical conditions of the above student. **Check here if none are known:**

Does your child have any physical/mental limitations we should know about? **Check here if none are known:**

**Emergency Contacts**

Emergency Contact #1 Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Home #: \_\_\_\_\_ Work #: \_\_\_\_\_ Alternate/Cell #: \_\_\_\_\_

Emergency Contact #2 Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Home #: \_\_\_\_\_ Work #: \_\_\_\_\_ Alternate/Cell #: \_\_\_\_\_

**AUTHORIZATION TO PARTICIPATE AND CONSENT TO TREATMENT**

I give permission for my child to participate in the KYDS program. I understand that it is my responsibility to verify my child's attendance at KYDS and understand that KYDS is not responsible for incidents occurring before my child signs in or after he/she signs out. I further agree to relieve KYDS; its officers, agent, and employees from any liability; including injury to participant resulting from and/or in connection with the after school activities.

In the event of an emergency, I do hereby authorize KYDS' personnel to act as agent and consent to X-ray examination, anesthetic, treatment or hospital care deemed necessary. This authorization is given in advance of any specific treatment or care.

I have read and understand the Authorization to Participate and Consent to Treatment.

\_\_\_\_\_  
**Signature of Parent/Guardian**

\_\_\_\_\_  
**Date**

**PHOTO RELEASE**

In consideration of possible participation in the KYDS program, I hereby grant KYDS or any person authorized by KYDS to photograph, film, or tape program participants, and to use, publish, copyright, and distribute images of my son/daughter. I release and discharge all KYDS officers, employees, and volunteers from any and all claims in connection with the use of the above images.

I have read and understand the Photo Release.

\_\_\_\_\_  
**Signature of Parent/Guardian**

\_\_\_\_\_  
**Date**



Programa Después De la Escuela KYDS 2013-2014  
East Valley High School

**Forma de Registro para Estudiantes**

Nombre Del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre Del Padre/Madre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Area Postal: \_\_\_\_\_

Tel. de Casa: \_\_\_\_\_ Tel. de Trabajo \_\_\_\_\_ Tel. Alternativo \_\_\_\_\_

Nombre Del Contacto De Emergencia: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Nombre Del Contacto De Emergencia: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Enumere todas las sabidas alergias y/o condiciones médicas del estudiante antedicho. **Marque aquí si ninguna es sabida:**

¿Ci tiene su hijo/a alguna limitación física/mental que deberíamos conocer? **Marque aquí si no se conocen:**

**CONTACTOS DE EMERGENCIA**

Persona Autorizada#1: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Numero de la casa #: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_ Cell #: \_\_\_\_\_

Persona Autorizada#2: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Numero de la casa #: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_ Cell #: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE PARTICIPAR Y DE CONSENTIR TRATAMIENTO**

Yo doi el permiso para que mi niño/a participe en el programa de KYDS. Y más aun acuerdo relevar a KYDS; sus oficiales, agente, y empleados de cualquier responsabilidad; incluyendo lesión al participante dando lugar y/o a la conexión con alguna actividad después de la escuela. En el acontecimiento de una emergencia, autorizo por este medio al Personal de KYDS de actuar como el agente y poder dar consentimiento para examinación de radiografías, anestésicos, y el tratamiento o el cuidado de hospital juzgado necesario. Esta autorización se da por adelantado de cualquier tratamiento o cuidado específico.

He leído y entiendo la autorización de participar y de consentir tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha:

**CONSENTIMIENTO FOTOGRAFICO**

En consideración de la posible participación en el programa de KYDS, concedo por este medio a KYDS o cualquier persona autorizada por KYDS en fotografiar, filmar, a los participantes del programa, y de utilizar, publicar, registrar, y distribuir las imágenes de mi hijo/hija . Yo dejo libre y fuera de cargos a oficiales, empleados, y voluntarios de KYDS de cualesquier y toda demanda en conexión con el uso de las imágenes antedichas.

He leído y entiendo el Consentimiento Fotografico.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha: