

# SUMMER UNDER THE SUN



The "Summer Under the Sun" Program is a program for students entering Kinder through 8<sup>th</sup> grade in the 2018-19 school year. The purpose of the Amigos Summer Under the Sun Program is to supplement academic learning of the youth of our community and to strengthen our community by promoting fellowship and leadership, as well as to provide a fun, safe environment for youth between school terms.

---

Students Last Name, First	Gender	DOB	Grade Completed (2019)
---------------------------	--------	-----	------------------------

---

School Last Attended	Primary Language
----------------------	------------------

**Race:**  Mexican  Puerto Rican  Cuban  Vietnamese  Filipino  Chinese  Black or African American  White  
 Other: \_\_\_\_\_

**Student lives with:**  Both  Mother  Father  Guardian      **T-Shirt Size:**  YS  YM  YL  S  M  L  XL  XXL

---

Mother's Full Name	Home Phone#	Mother Cell Phone #	Mother's email
--------------------	-------------	---------------------	----------------

---

Father's Full Name	Home Phone #	Father Cell Phone #	Father's email
--------------------	--------------	---------------------	----------------

---

Mailing Address	Apt #	City	State	Zip
-----------------	-------	------	-------	-----

### EMERGENCY CONTACT INFORMATION – Person other than parents, to notify in case of an emergency

---

Name of Person	Cell Phone / Home Phone #	Relationship
----------------	---------------------------	--------------

I, the parents/guardian of the above named youth, hereby give my permission for his. Her participation in the event(s) mentioned and direct my son/daughter to cooperate with Amigos de Guadalupe personnel responsible for the summer Under the Sun program. I agree that in the event my son/daughter is injured as a result of his/her participation in the above named activities, including transportation, to and from these activities, whether or not caused by the negligence (active or passive) of staff including any of its agents or employees, resource for the payment of any resulting hospital, medical, or related costs and expenses will first be had against any accident, hospital, or medical insurance or any available benefit of participants family. In the event we cannot be reached in an emergency, I/We hereby give permission for the Amigos de Guadalupe staff and Chaperones to authorize by his/her signature whatever medical treatment may be necessary by the attending physician for my/our child.

I am not aware of any medical condition of my child, which would render it inappropriate for him/her to participate in any such activity. Please list any and all allergies /prescriptions medication / medical conditions for the youth:

\_\_\_\_\_  HAS NO MEDICAL ISSUE/NEED

---

Physician's Name	Medical Plan	Plan #	Phone #
------------------	--------------	--------	---------

---

Parent Signature	Date
------------------	------

The Program will be housed at ACE Empower, 625 S. Sunset Ave. San Jose CA 95116. Please return this to ACE Empower of to the Amigos de Guadalupe office at 1897 Alum Rock Ave. Suite # 35 San Jose CA. For more information, please call (408) 341-6080

**Staff Only**      Date Received: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_

# BRILLO BAJO EL SOL



EL Programa de Verano, Brilla Bajo el So les un programa para estudiantes en grados kínder a 8vo en el año escolar 2018-2019. El propósito del programa Brilla Bajo el Sol es complementar el aprendizaje académico de los jóvenes de nuestra comunidad y fortalecer nuestra comunidad mediante la promoción del compañerismo y el liderazgo, así como proporcionar un ambiente divertido y seguro para los jóvenes.

---

Nombre del estudiante Apellido      Primer      Fecha de Nacimiento      Grado completado (2019)

---

Escuela que asistió últimamente      Lenguaje Primario

**Raza:**  Mexicano  Puertorriqueño  Cubano  Vietnamita  Filipino  Chino  Negro o afroamericano  Blanco  
 Otra: \_\_\_\_\_

**Estudiante vive con:**  Madre  Padre  Los Dos       **Guardián Talla de Camisa:**  YS  YM  YL  S  M  L  XL  XXL

---

Nombre de Madre completo      # de casa      # de celular      correo electrónico de madre

---

Nombre de padre completo      # de casa      # de celular      correo electrónico de padre

---

dirección      # de Apt      Ciudad      Estado      código postal

**INFORMATION DE CONTACTO EN CASO DE UN EMERGENCIA – Una persona aparte de los padres en cuales nos podemos comunicar en caso de una emergencia**

---

Nombre de la persona      # de celular/ casa      relación al estudiante

Yo, padre/guardián del estudiante mencionado arriba, de hoy en adelante, le doy permiso para participar en los eventos mencionados y dirigió a mi hijo(a) a cooperar con empleados de el programa de Amigos. Estoy de acuerdo si mi hijo(a) se lastima participando en eventos o actividades incluyendo transportación ir y venir de la escuela, no importa si los causo una persona trabajando por el colegio o valdes, recursos para pagos viene primero de sus propios seguranzas. Si no puedes comunicarse con nosotros, le damos permiso a los maestros, lideres para autorizar por su firma tratamiento medica si necesario por el doctor para el beneficio de mi hijo(a).

No estoy consiente que mi hijo(a) tiene una condición medica que no dejara el/ella que participar en cualquiera actividad. Haga una lista de medicamentos o condiciones medicas de su hijo(a):

\_\_\_\_\_  NO TIENEN NINGUN PROBLEMA/NESECIDAD MEDICO

---

Nombre del doctor      plan medico      # de plan      # de teléfono del doctor

---

Firma de padre/guardián      Fecha

El programa se llevara a cabo en la escuela ACE Empower, 625 S. Sunset Ave. San José CA 95116. Por favor regrese esta forma a la escuela ACE Empower o la oficina de Amigos de Guadalupe localizada 1897 Alum Rock Ave. Suite # 35 San José CA. Para mas información, por favor llame al (408) 341-6080

**Staff Only**      Date Received: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_