Scripps College Academy

Tutoring Program Registration Form

Scripps College Academy

1030 Columbia Ave.

Claremont, CA 91711

909-607-0466

sca@scrippscollege.edu

**Last Name First Middle**

**Address Apt. City Zip**

**Home Phone Student Cell**

**Parent Email**

**Date of Birth**

**Student Email**

**Student's Ethnicity**

African-American/Black Native American Hispanic/Latina/Chicana White/Non-Hispanic

Asian-American/Pacific Islander

Other

**Parent #1 Highest level of education completed in the United States**

Less than High School

High School Graduate/GED Some College

4-Year College Degree

Advanced Degree (Master's, PhD)

**Parent #2 Highest level of education completed in the United States**

Less than High School

High School Graduate/GED Some College

4-Year College Degree

Advanced Degree (Master's, PhD)

**Does student participate in the Free/ Reduced Meal Program (lunch tickets**)

Yes

No

I don't know

**School**

**Grades What do you plan on doing after High School?**

**Current Grade**

**HS**

**Graduation Year**

Straight A's

Mostly A's, Some B's Mostly B's, Some A's Mostly B's, Some C's Mostly C's, Some B's Mostly C's, Some D's

Attend a 2-year community college Attend a 4-year public college/university Attend a 4-year private college/university Work part-time

Work full-time

Enter the military

D's and F's

Other

GPA (If known)

**Tutoring students**: What subjects would you like to focus on this semester?

Student Name Date of Birth

SCRIPPS COLLEGE ACADEMY

**MEDICAL INFORMATION and EMERGENCY RELEASE FORM**

The purpose of providing the following information is to assist Scripps College in the event of an emergency medical situation. Please fill out the requested information completely and list any additional information that may be important should an illness or injury occur.

**FAMILY INFORMATION/EMERGENCY CONTACTS**

**Parent #1/Guardian**

**Parent #2/Guardian**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name** |  |  | **Name** |  |
| Home Address |   |  | Home Address |   |

Home Phone Cell Phone Employer

Work Phone

Home Phone Cell Phone Employer

Work Phone

**ADDITIONAL EMERGENCY CONTACTS**

**Additional persons who may be contacted in case of emergency.** Student is authorized to be released to parent/guardian contacts specified in

“FAMILY INFORMATON/EMERGENCY CONTACTS” and the following people. No exceptions will be made.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NAME** | **ADDRESS** | **PHONE NUMBER** | **RELATIONSHIP** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**PHYSICIAN TO BE CALLED IN CASE OF AN EMERGENCY**

Physician’s Name Phone Number

Address:

Medical Plan/Insurance: Policy Number:

Please note and describe any allergies or sensitivities to drugs, medications, or foods:

Please list any medication(s) the student has taken recently:

**MEDICAL TREATMENT CONSENT:** I, the legal guardian of the above named student, authorize Scripps College staff to seek medical treatment for the above named student, as they may deem necessary at any medical facility. I consent to any x-ray, anesthetic, medical, or surgical diagnosis or treatment and hospital care subsequently deemed necessary by a licensed healthcare provider. I understand that this

authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment, or hospital care and that it is given to provide Scripps College staff authority to seek medical treatment, and to provide a licensed healthcare provider the authority to administer this treatment as he/she judges necessary to the

above named student. I accept responsibility for the payment of all services rendered. I understand that whenever possible, Scripps College staff will

make a good faith effort to contact me before treatment is sought.

Parent/Guardian’s Signature Parent/Guardian’s Printed Name Date



SCRIPPS COLLEGE ACADEMY

**LIABILITY WAIVER FORM**

NAME OF ACTIVITY: Scripps College Academy Activities

NAME OF PARTICIPANT

DATE OF BIRTH

ADDRESS

CITY, STATE, ZIP

I am the parent/guardian of (participant name)

(the “Participant”). I acknowledge that I have

voluntarily consented to allow the Participant to participate in the above referenced activity and I have full knowledge of the risks that this activity presents, including travel to, participation in, and returning from the activity. I am aware that portions of this activity are not guided or supervised by the College.

I understand that by being permitted to participate in this activity, I as parent/guardian agree on behalf of the Participant to assume any and all risk of injury or death to the Participant. I further understand and agree to assume responsibility for risk of theft, loss, or

damage to the Participant’s personal property, which may occur at any time arising out of the Participant’s participation in this activity.

I understand and agree that as a condition of participation in this activity, I as parent/guardian of the Participant and on behalf of the Participant hereby release from liability for negligence, and will indemnify, Scripps College, its officers, directors, agents, employees, assigns, successors, or lessors for any damage, injury, or death to the Participant or any other persons or property, in any way connected with the Participant’s participation in this activity. I understand that there exist specific hazards associated with this activity, to include injury and/or death, and I accept full responsibility for these hazards.

I have carefully read this agreement and fully understand all of its terms and conditions. I understand that this is a release of liability, which could legally prevent me and/or the Participant from filing a law suit or making any other legal claim for damages in the event of the Participant’s death or injury. With this knowledge, I, in my individual capacity and my capacity as parent/guardian of the Participant, am entering into this agreement fully and voluntarily. I agree that the agreement is binding upon me, my spouse, my heirs, my children including any guardian ad litem for the children, my assignees, and legal representatives.

I understand and agree that I am signing this waiver and release on behalf of my minor child that I am giving up the same rights for the minor as I would be giving up if I signed this document on my own behalf.

I understand and agree that I have read this entire waiver and release, have been provided with all necessary information, and I agree with the terms and conditions.

Parent/Guardian’s Signature Date

Parent/Guardian’s Printed Name

Nombre de la Estudiante

 Fecha de Nacimiento

SCRIPPS COLLEGE ACADEMY

**INFORMACIÓN MÉDICA y FORMULARIO DE ENTREGA DE EMERGENCIA**

El objetivo de proporcionar la siguiente información es ayudar al Scripps College en caso de una situación médica de emergencia. Llene completamente la información solicitada y enumere cualquier información adicional que pueda ser importante si sucede una enfermedad o lesión.

**Padre #1/Guardian**

**INFORMACION FAMILIAR/CONTACTOS DE EMERGENCIA**

**Padre #1/Guardian**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** |  |  | **Nombre**  |
| Domicilio |   |  | Domicilio  |

Teléfono

Celular

Lugar de Empleo

Teléfono del trabajo

Teléfono

Celular

Lugar de Empleo

Teléfono del trabajo

**CONTACTOS ADICIONALES DE EMERGENCIA**

**Personas adicionales que pudieran ser contactadas en caso de emergencia.** En caso de una emergencia, el/la estudiante está autorizado/a para ser entregado/a a los contactos de padres/tutores especificados en “INFORMACIÓN

FAMILIAR/CONTACTOS DE EMERGENCIA” y a las siguientes personas. No se hará ninguna excepción.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **DIRECCIÓN** | **NÚMERO TELEFÓNICO** | **PARENTESCO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**MÉDICO AL QUE SE LLAMARÁ EN CASO DE UNA EMERGENCIA**

Nombre del médico: Número(s) telefónico(s):

Dirección:

Plan/Seguro Médico: Número de póliza:

Anote y describa cualquier alergia o susceptibilidad a fármacos, medicinas o alimentos:

Enumere cualquier medicamento o medicamentos que el/la estudiante haya tomado recientemente:

**CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MÉDICO:** Yo, el tutor legal del/de la estudiante mencionado/a anteriormente, autorizo al personal de Scripps College a buscar tratamiento médico para el/la estudiante mencionado/a anteriormente, como lo consideren necesario, en cualquier establecimiento médico. Autorizo cualquier diagnóstico o tratamiento que implique el uso de radiografías o anestesia y la atención hospitalaria subsiguiente que se considere necesaria por parte de un proveedor de cuidados de la salud con licencia. Entiendo que esta autorización se otorga de forma anticipada a cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria específica y que se otorga para brindar al personal del Scripps College la autoridad de buscar tratamiento médico y para darle a un proveedor de cuidados de la salud con licencia la autoridad de administrar este tratamiento al/a la estudiante mencionado/a anteriormente, como lo considere necesario. Acepto la responsabilidad del pago por todos los servicios

administrados. Entiendo que siempre que sea posible, el personal del Scripps College hará un esfuerzo de buena fe para contactarme antes de buscar el tratamiento.

Firma del padre/madre o tutor Nombre del padre/madre o tutor (en letra de molde Fecha



SCRIPPS COLLEGE ACADEMY

**FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividades académicas del Scripps College

NOMBRE DEL/DE LA PARTICIPANTE\_ FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

Soy el padre/madre/tutor de (nombre del/de la participante)

(el/la “Participante”). Reconozco que

voluntariamente he otorgado mi consentimiento para permitir al/a la Participante a que participe en la actividad que se menciona anteriormente y reconozco por completo los riesgos que presenta esta actividad, incluyendo, viajar, participar y regresar de la actividad. Estoy consciente que partes de esta actividad no son dirigidas o supervisadas por el Scripps College.

Entiendo que al tener permiso para participar en esta actividad, yo como padre/madre/tutor acepto en nombre del/de la Participante asumir todos los riesgos de lesión o muerte para el/la Participante. Además entiendo y acepto asumir la responsabilidad del riesgo de robo, pérdidas o daños a la propiedad personal del/de la Participante, que pudiera suceder en cualquier momento debido a la participación del/de la Participante en esta actividad.

Entiendo y acepto que como una condición para participar en esta actividad, yo como padre/madre/tutor del/de la Participante y en nombre del/de la Participante mediante este documento libero de toda responsabilidad por negligencia y sacaré en paz y a salvo a Scripps College, a sus funcionarios, directores, agentes, empleados, cesionarios, sucesores o arrendadores por cualquier daño, lesión o muerte del/de la Participante o cualquier otra persona o propiedad, de cualquier manera relacionada con la participación del/de la Participante en esta actividad. Entiendo que existen riesgos específicos relacionados con esta actividad, que incluyen lesiones y/o la muerte, por lo que acepto la responsabilidad plena por estos riesgos.

He leído cuidadosamente este acuerdo y entiendo plenamente todos sus términos y condiciones. Entiendo que esto es una liberación de responsabilidad, lo que puede evitar que yo y/o el/la Participante pudiéramos interponer una demanda o hacer cualquier otro reclamo legal por daños y perjuicios en caso de lesiones o muerte del/de la Participante. Con este conocimiento, yo, en mi capacidad individual y mi capacidad como padre/madre/tutor del/de la Participante, celebro este acuerdo de forma plena y voluntaria. Acepto que el

contrato es vinculante para mí, mi cónyuge, mis herederos, mis hijos incluyendo cualquier tutor *ad litem* (legal) para los niños, mis cesionarios y representantes legales.

Entiendo y acepto que al firmar esta liberación de responsabilidad en nombre de mi hijo/a menor de edad renuncio a los mismos derechos del menor como si yo estuviera firmando este documento en mi nombre.

Entiendo y acepto que he leído completamente esta liberación de responsabilidad, que se me ha proporcionado toda la información necesaria y acepto los términos y condiciones.

 Firma del padre/madre o tutor Fecha

 Nombre del padre/madre o tutor (En letra de molde)



**Scripps College Academy**

**Authorization for use of photographs and personal information**

Scripps College and the Scripps College Academy reserve the right to utilize the image of program participants, as appropriate, in press releases and in its own internal or external publications to promote the Scripps College Academy. **Please note that in confirming attendance the parent/guardian gives Scripps College permission to use group photographs and group video footage of students participating in program activities.**

The College does offer parents an opportunity to limit the use of the student’s image or personal information. Permission is entirely voluntary for the individual categories below. Please check the categories for which you **authorize use.**

Individual photographs \_\_\_\_\_\_\_

Individual Video footage \_\_\_\_\_\_\_

High school \_\_\_\_\_\_\_

Hometown Quoted remarks Name

**All of the above**

**REQUIRED SIGNATURES:**

X X

Print Student’s Name Date Student’s Signature Date

X X

Print Parent/Guardian’s Name Date Parent/Guardian’s Signature of Approval Date



**Scripps College Academy**

**Autorización del Uso de Fotografías e Información Personal**

Scripps College y Scripps College Academy reservan el derecho de utilizar imágenes de las participantes del programa, de manera apropiada, en comunicados de prensa y en sus propias publicaciones internas o externas. Por favor tome en cuenta que al confirmar la participación en el programa, el padre o guardián autoriza el uso de imágenes de grupo (foto y video) que presenten a las estudiantes participando en actividades del programa.

El colegio le ofrece la oportunidad de limitar el uso de la imagen individual de su hija así como información personal. Estas categorías adicionales son completamente voluntarias. Por favor indique las categorías a las que usted **otorga autorización de uso.**

Fotografías individuales

Video Individual

Nombre

Ciudad

Nombre de escuela

Observaciones citadas

**Todo lo anterior**

**FIRMAS:**

X X

Nombre del estudiante Fecha Firma del estudiante Fecha

X X

Nombre del padre/guardian Fecha Firma del padre/guardian Fecha