

SUMMER UNDER THE SUN '24



The "Summer Under the Sun" Program is a program for students entering Kinder - 8th grade in the 2023 – 2024 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.

<input type="text"/>		F / M	/ /20 <input type="text"/>
STUDENT'S LAST NAME / FIRST NAME		GENDER	DOB
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CURRENT GRADE IN 2024	SCHOOL LAST ATTENDED	PRIMARY LANGUAGE	

DOES STUDENT HAVE AN IEP: YES NO

(If yes, please explain and provide a copy): _____

RACE: Mexican 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

<input type="text"/>	(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
MOTHER'S FULL NAME	CELL PHONE #	EMAIL

<input type="text"/>	(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
FATHER'S FULL NAME	CELL PHONE #	EMAIL

MAILING ADDRESS	APT. #	CITY	STATE	ZIP CODE
------------------------	---------------	-------------	--------------	-----------------

I authorize Amigos de Guadalupe to send me text messages with reminders, resources and other opportunities. I understand that standard messages and data rates apply. You can reply "STOP" to cancel at any time.

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

<input type="text"/>	(<input type="text"/>)	<input type="text"/>
FULL NAME OF EMERGENCY CONTACT	CELL PHONE #	RELATIONSHIP TO STUDENT

I, the parents/guardian of the above-named youth, hereby give my permission for his. Her participation in the event(s) mentioned and directed 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 / GUARDIAN SIGNATURE _____ **DATE** _____

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

Staff Only Casitas Hampton / Tully Inn Mathson Quality Inn ACE Empower

BRILLO BAJO EL SOL '24



Amigos de Guadalupe
Center for Justice & Empowerment

El Programa de Verano, Brilla Bajo el Sol, es un programa para estudiantes en grados Kinder a 8vo en el año escolar 2023-2024. 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.

		F / M	/ /20__
APELLIDO /	NOMBRE DEL ESTUDIANTE	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO
GRADO ACTUAL EN 2024	ÚLTIMA ESCUELA QUE ASISTIÓ EL ESTUDIANTE	IDIOMA PRIMARIO	

TIENE EL ESTUDIANTE UN IEP: SI NO

(Si tiene IEP, por favor de dar detalles y una copia): _____

RAZA: Mexicano Vietnamita Filipino Chino Negro o afroamericano Blanco Otra: _____

ESTUDIANTE VIVE CON: Madre Padre Los Dos Guardian **Talla de Camisa:** YS YM YL S M L XL XXL

	(____)____ -	
NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE	NÚMERO CELULAR	E-MAIL

	(____)____ -	
NOMBRE COMPLETO DEL PADRE	NÚMERO CELULAR	E-MAIL

DIRECCIÓN **# APT.** **CIUDAD** **ESTADO** **CÓDIGO POSTAL**

Autorizo a Amigos de Guadalupe a enviarme mensajes de texto con recordatorios, recursos y otras oportunidades. Entiendo que se aplican tarifas estándar de mensajes y datos. Puedes responder "STOP" para cancelar en cualquier momento.

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

(____)____		
NOMBRE DE LA PERSONA	NÚMERO CELULAR	RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE

Yo, padre/guardián del estudiante mencionado arriba, de hoy en adelante, le doy permiso para participar en los eventos mencionados y dirigir a mi hijo(a) a cooperar con empleados del 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 causó una persona trabajando para el colegio u organización, los recursos para pagos viene primero de mi propia aseguranzas. Si no puedo comunicarme con ustedes, le damos permiso a los maestros y líderes para autorizar con su firma tratamiento médica si es necesario por el doctor para el beneficio de mi hijo(a).

No estoy consciente que mi hijo(a) tiene una condición médica que no dejará participar a mi hijo (a) en alguna actividad. Haga una lista de medicamentos o condiciones médicas de su hijo(a): _____

NO TIENEN NINGÚN PROBLEMA/NECESIDAD MÉDICA

Nombre del doctor	Plan Médico	# de plan	# de teléfono del doctor
--------------------------	--------------------	------------------	---------------------------------

FIRMA DEL PADRE / GUARDIÁN

FECHA

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

Staff Only Casitas Hampton / Tully Inn Mathson Quality Inn ACE Empower



Amigos de Guadalupe
Center for Justice & Empowerment

Media Release Form

Student's Full Name: _____

I, _____, authorize for my photo, voice, or video to be used by Amigos de Guadalupe Center for Justice and Empowerment. I understand that the above mentioned could be used in promotional material, social media or Amigos de Guadalupe's website without any monetary compensation nor in exchange for any preferential treatment if I seek any services from the organization. I am authorizing that this Release Form continue to be valid even after I am no longer part of the Program that I am currently a participant of.

Parent or Legal Guardian:

Parent/Guardian Full name: _____

Signature: _____ **Date:** _____



Amigos de Guadalupe
Center for Justice & Empowerment

Consentimiento Para la Divulgación de Imagen

Nombre del Estudiante: _____

Yo, _____, autorizo que mi fotografía, voz, o video sean utilizados por Amigos de Guadalupe Centro de Justicia y Empoderamiento. Comprendo que lo mencionado puede ser utilizado en materiales promocionales, redes sociales y el sitio web de Amigos de Guadalupe sin ninguna compensación monetaria o responsabilidad a cambio de este consentimiento. Estoy de acuerdo que este consentimiento siga siendo válido incluso después de que ya no esté en el programa del que soy parte.

**Nombre del Padre o
Guardián:** _____

**Firma del Padre o
Guardián:** _____

Fecha: _____