



Rightturn.Club Student Information Información del Alumno

Rightturn.Club
MENTOR LED FITNESS

Thomas Moraitis
Founder/Creative Director
E Thomas@Rightturn.Club
M 805.509.0661
F Rightturn.Club
PO Box 1853
Sutter Creek, CA 95685



A Program of Kiwanis
Club of Amador County

Last Name Apellido _____ **First Name** Nombre _____

Middle Name Apellido _____ **Date of Birth** Fecha de Nacimiento _____

Name of School Nombre de la Escuela _____

Home Street Address Dirección _____ **City, State, Zip** Ciudad, Estado, Zona Postal _____

Home Telephone Teléfono de la Casa _____ **Cell Phone** Celular _____

What language do adults most frequently use at home? Que idioma usan los adultos más frecuentemente en el hogar? _____

Legal Father Información del Padre O Tutor: **Name** Nombre _____

Address, if different from above Dirección si es diferente que la anterior **Home Street Address** Dirección _____

City, State, Zip Ciudad, Estado, Zona Postal _____

Home Street Address Dirección _____ **City, State, Zip** Ciudad, Estado, Zona Postal _____

Employer Name Empleado del Padre _____ **Work Phone Number** Teléfono del trabajo _____

Email Dirección de Correo Electrónico _____

Legal Mother Información de la Madre o Tutora: **Name** Nombre _____

Address, if different from above Dirección si es diferente de la anterior **Home Street Address** Dirección _____

City, State, Zip Ciudad, Estado, Zona Postal _____

Home Street Address Dirección _____ **City, State, Zip** Ciudad, Estado, Zona Postal _____

Employer Name Empleador de la Madre _____ **Work Phone Number** Teléfono del trabajo _____

Email Dirección del correo Electronico _____

Additional Emergency Contact Para Contacto en Caso de Emergencia: **In the event of illness, medical emergency, disaster or the Parent/Legal Guardian cannot be reached, a school official may call the following friends, relatives or adult siblings 18 and over, who are authorized to take responsibility for the student's care:** En caso de enfermedad, emergencia médica o desastre, y, si no se puede localizar a los padres o tutores, un funcionario de la escuela podrá llamar a los siguientes amigos o parientes adultos, de 18 años o mayores, los cuales están autorizados a tomar responsabilidad el cuidado del estudiante:

Name of Childcare Provider Nombre de la persona encargada del cuidado del niño(a) _____

Name Nombre _____ **Address** Dirección _____ **Phone** Teléfono _____

Relationship Parentesco _____ **Home Telephone** Teléfono de Casa _____ **Cell** Celular _____

Please Complete Other Side. Complete por favor el otro lado también.

Health Information Información del Padre O Tutor: **Please complete the health information below. Check all that apply.** Favor de completar la historia clinica que se le solicita: marque donde corresponda:

___ **Allergies, Include Type, food, bee, etc.** Alergia, indique de qué tipo: alimentos, abejas, etc: _____

___ **Asthma** Asma **Describe** _____ Describe _____

___ **Diabetes** Diabetes **Describe** _____ Describe _____

___ **Heart Problem** Problemas del corazon **Describe** _____ Describe _____

___ **Hemophilia** Hemofilia **Describe** _____ Describe _____

___ **Other Health Concerns** Otros problemas de salud _____

Parent/Guardian Consent Aprobación del Padre O Tutor

In the event of an illness or injury, I hereby authorize school officials on my behalf to obtain emergency transportation and treatment. En caso de enfermedad o lastimadura, doy mi autorización para que el personal de la escuela obtenga el tratamiento de emergencia y transporte. **I understand the school does not assume any financial responsibility for medical care or ambulance transportation in case of emergency. A Student Accident Policy is available to all students for a minimal fee.** Comprendo que la escuela no asume responsabilidad financiera por cuidados médicos o transporte en ambulancia en caso de emergencia. Existe una póliza estudiantil de accidentes para todos los alumnos, por una tarifa minima. **My signiture acknowledges that I understand and agree with the consent information above and that the information provided is complete and accurate.** Mi firma indica que comprendo y estoy de acuerdo con el consentimiento anterior, además de que la información incluida es completa y correcta.

Signature of Parent/Guardian Firma del padre o tutor _____ **Date** Fecha _____

As a parent/guardian, I grant permission for my child to participate in Righturn.Club activities. I also grant permission to use/publish my childs photograph, video , quotes or written statements for Righturn.Club promotional purposes.

Como padre/quarda, concedo el permiso para que la persona arriba nombrada participe en actividades del Righturn.Club. También concedo permiso para usar/publicar la persona fotografias, video, expresiones o declaraciones escritas de mi hijo o para los propósitos promocionales de Righturn.Club.

I, _____ (parent/legal guardian) hereby consent to the use of my childs oral and written statements and the use of their photograph(s) by Righturn.Club Mentoring Program. Yo el padre/tutor) consiento por este medio el uso de las declaraciones orales y escritas de mi hijo/hija y el uso de sus fotografias por el programa de la tutoria de Righturn.Club.

I hereby release Righturn.Club and Kiwanis Club, and its agents and employees, from all claims, demands, liabilities whatsoever in connection with the above consent. Libero por este medio el Righturn.Club and Kiwanis Club, y sus agentes y empleados, todas las reclamaciones, las demandas, responsabilidades cualesquiera que sean con respecto al consentimiento antes dicho.

Signature of Parent/Guardian Firma del padre o tutor _____ **Date** Fecha _____

Send completed form to your school office. Include addictonal page for special needs, questions or concerns.

A Program of Kiwanis of Amador County