



Education Through Music-Los Angeles 2024

Summer Program – Emergency Form

Programa de Verano – Formulario de Emergencia

PARTICIPANT INFORMATION (Información de Participante)

Participant T-shirt Size (Talla de Camiseta): YM [] YL [] YXL [] AS [] AM [] AL [] AXL []
select one (seleccione uno)

First Name (Nombre): _____ Last Name (Apellido): _____

Male (Masculino) [] Female (Femenino) [] Other (Otro) []

Date of Birth (Fecha de Nacimiento): (MM/DD/YYYY) ____/____/____ Age (Edad): _____

Grade in Fall (Grado en el Otoño): _____

GENERAL INFORMATION (Información General)

Parent/Guardian Name (Nombre de Tutor/Guardián): _____

Cell Phone # (Teléfono Celular): _____ Home Phone (Teléfono de Casa): _____

Work Phone (Teléfono de Trabajo): _____ Email (Correo Electrónico): _____

Legal Custody (Custodia Legal): Yes (Sí) [] No []

EMERGENCY INFORMATION (Información de Emergencia)

Emergency Contact Name (Nombre de Contacto de Emergencia): _____

Relation (Relación): _____

Phone (Teléfono): _____ Cell Phone (Teléfono Celular): _____

PICK UP AUTHORIZATION (Autorización)

The following individuals have my unrestricted permission to pick up and sign out the above child without any further confirmation from me. Photo identification will be required upon picking up the participant.

(Las siguientes personas tienen mi permiso sin restricciones para recoger y firmar la salida del niño/niña sin ninguna confirmación ulterior de mí. Una identificación con foto será requerida al recoger al participante.)

Name (Nombre): _____ Relation (Relación): _____ Phone (Teléfono): _____

Name (Nombre): _____ Relation (Relación): _____ Phone (Teléfono): _____

Name (Nombre): _____ Relation (Relación): _____ Phone (Teléfono): _____

Name (Nombre): _____ Relation (Relación): _____ Phone (Teléfono): _____

Name of Person(s) specifically NOT Authorized (Nombre de la Persona Específicamente No Autorizada):

Participant Name (Nombre del Participante): _____

MEDICAL INFORMATION (Información Médica)

List any Allergies (Anote cualquier alergia): _____

Name all Medications (Nombra todos los medicamentos): _____

HEALTH HISTORY (Historial Médico)

HAS YOUR CHILD HAD ANY OF THE FOLLOWING:

(El participante ha tenido alguno de los siguientes:)

- | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Appendicitis
(Apendicitis) | <input type="checkbox"/> Constipation
(Estreñimiento) | <input type="checkbox"/> German Measles
(Sarampión Alemán) | <input type="checkbox"/> Measles
(Sarampión) | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever
(Fiebre Reumática) | <input type="checkbox"/> Stomach Upset
(Malestar Estomacal) |
| <input type="checkbox"/> Asthma
(Asma) | <input type="checkbox"/> Diphtheria
(Difteria) | <input type="checkbox"/> Hay Fever
(Fiebre de Heno) | <input type="checkbox"/> Mumps
(Paperas) | <input type="checkbox"/> Scarlet Fever
(Fiebre Escarlata) | <input type="checkbox"/> Tetanus
(Tétanos) |
| <input type="checkbox"/> Chicken Pox
(Varicela) | <input type="checkbox"/> Ear Infection
(Infección del Oído) | <input type="checkbox"/> Headaches
(Dolor de Cabeza) | <input type="checkbox"/> Nose Bleeds
(Sangrado por la Nariz) | <input type="checkbox"/> Sinus Trouble
(Dificultad con Sinusitis) | <input type="checkbox"/> Tonsillitis
(Amigdalitis) |
| <input type="checkbox"/> Colds(frequent)
(Resfriados) | <input type="checkbox"/> Fainting
(Desmayo) | <input type="checkbox"/> Heart Trouble
(Problemas de Corazón) | <input type="checkbox"/> Polio
(Polio) | <input type="checkbox"/> Skin Rash
(Ronchas en la Piel) | <input type="checkbox"/> Whooping Cough
(Tos Ferina) |

Other (Otro):

Year of last COVID-19 immunization or booster (Fecha de la última inmunización): _____

Has your child received any medical treatment in the past year?

¿Ha recibido su hijo algún tratamiento médico durante el último año?

Date (Fecha): ____/____/____

MM / DD / YYYY

Does your child have any allergies to latex? Yes No Unknown

(¿Su hijo tiene alguna alergia al látex?)

Does your child have any food allergies? Yes No Unknown

(¿Su hijo tiene alergias a los alimentos?)

If Yes, what foods are they allergic to? (En caso afirmativo, ¿a qué alimentos son alérgicos?):

Other Allergies (Enumere otras alergias):

**PLEASE PROVIDE A COPY OF YOUR LEGAL IDENTIFICATION AND
PARTICIPANTS INSURANCE CARD.**

(POR FAVOR, PROPORCIONE UNA COPIA DE SU IDENTIFICACIÓN LEGAL Y TARJETA DE SEGURO DE PARTICIPANTES)

Participant Name (Nombre del Participante): _____

CONSENT TO TREATMENT OF A MINOR (AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE UN MENOR)

I, as the parent and /or legal guardian of the minor participating in this program, do hereby authorize Education Through Music- Los Angeles to act as agents for the undersigned to consent for any x-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by, and is to be rendered under the general or specialized supervision of any physician licensed under the provisions of the Medicine Practice Act on the staff of the licensed hospital, whether such diagnosis or treatment is rendered at the office of the said physician or a said hospital. It is understood that this authorization is given in advance of any such diagnosis, treatment or hospital care which the aforementioned physician in the exercise of their best judgment, may deem advisable. This authorization shall remain effective through the conclusion of the event or program that the minor is participating in, unless revoked sooner in writing and delivered to said agent.

(Yo, como el padre/guardián del menor participando en este programa, autorizo a la Education Through Music- Los Angeles que se comporten como Yo, como padre y/o tutor legal del menor que participa en este programa, autorizado por la presente a Education Through Music- Los Angeles a actuar como agentes para que el abajo firmante dé su consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestésico, anestésico, etc. Diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y atención hospitalaria que se considere aconsejable y que se preste bajo la supervisión general o especializada de cualquier médico autorizado en virtud de las disposiciones de la Ley de Práctica Médica sobre el personal del hospital autorizado, si dicho diagnóstico o tratamiento se realiza en la oficina del médico o de un hospital. Se entiende que esta autorización se da con carácter previo a cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que el mencionado médico en el ejercicio de su mejor juicio, pueda considerar aconsejable. Esta autorización seguirá siendo efectiva a través de la conclusión del evento o programa en el que participe el menor, a menos que se revoque antes por escrito y se entregue a dicho agente.)

Parent/Guardian Initials (Iniciales de Tutor/Guardián): _____

COVID-19 Acceptance of Risk and Waiver of Liability (COVID-19 Aceptación del Riesgo y Renuncia a la Responsabilidad)

By my participation I am fully aware that there are a number of risks associated with me and/or my child entering onto St. Finbar property, participating in Education Through Music- Los Angeles (ETM-LA) programs, and utilizing ETM-LA equipment and facilities during the COVID-19 pandemic. This waiver, release, and other representations and covenants set forth herein are given in consideration for ETM-LA permitting me and/or my child to participate in ETM-LA programs during this emergency period.

Therefore, without limitation, I understand that I and/or my child could contract COVID-19 disease which could result in a serious medical condition requiring medical treatment in a hospital or could possibly lead to death.

On behalf of myself and/or my child and our heirs, successors and assigns, I knowingly and freely, assume all such COVID-19 related risks, both known and unknown, relating to my and/or my child's entry onto St. Finbar property, participation in ETM-LA programs, and utilization of ETM-LA equipment and facilities as described above, and I hereby forever release, waive, relinquish, and discharge ETM-LA, along with its officers, agents, employees, or other representatives, and their successors and assigns (collectively, the "Program Representatives"), from any and all COVID-19 related claims, demands, liabilities, rights, damages, expenses, and causes of action of whatever kind or nature, and other losses of any kind, whether known or unknown, foreseen or unforeseen, (collectively, "Damages") as a result of me and/or my child entering onto St. Finbar property, participating in ETM-LA programs, and utilizing ETM-LA equipment and facilities as described above, including but not limited to personal injuries, death, disease or property losses, or any other loss, and including but not limited to claims based on the alleged negligence of any Program Representative or any other person related to COVID-19 sanitization. I further promise not to sue ETM-LA or any Program Representative, and agree to indemnify and hold them harmless from any and all Damages resulting from me and/or my child's contraction of COVID-19.

(Por mi participación soy plenamente consciente de que hay una serie de riesgos asociados conmigo y/o mi hijo entrando en St. Propiedad de Finbar, que participa en los programas de Educación a través de la Música-Los Ángeles (ETM-LA) y utiliza equipos e instalaciones de ETM-LA durante la pandemia de COVID-19. Esta renuncia, liberación y otras representaciones y convenios establecidos en este documento se dan en consideración para que ETM-LA me permita a mí y/o a mi hijo participar en los programas de ETM-LA durante este período de emergencia.)

Por lo tanto, sin limitación, entiendo que yo y / o mi hijo podría contraer la enfermedad COVID-19 que podría resultar en una condición médica grave que requiere tratamiento médico en un hospital o podría conducir a la muerte.

En nombre de mí y/o de mi hijo y de nuestros herederos, sucesores y cesionarios, a sabiendas y libremente, asumo todos los riesgos relacionados con COVID-19, tanto conocidos como desconocidos, relacionados con mi entrada y/o la entrada de mi hijo en St Propiedad de Finbar, participación en los programas de ETM-LA, y utilización de equipos e instalaciones de ETM-LA como se describe anteriormente, y por la presente libero, renuncio, renuncio y descargo para siempre a ETM-LA, junto con sus funcionarios, agentes, empleados u otros representantes, Y sus sucesores y cesionarios (colectivamente, los "Representantes del Programa"), de todas y cada una de las reclamaciones, demandas, responsabilidades, derechos, daños y perjuicios relacionados con el COVID-19. Gastos y causas de acción de cualquier tipo o naturaleza, y otras pérdidas de cualquier tipo, ya sean conocidas o desconocidas, previstas o imprevistas, (colectivamente, "daños") como resultado de mí y / o mi hijo entrando en St Propiedad de Finbar, participando en los programas de ETM-LA, y utilizando el equipo e instalaciones de ETM-LA como se describe anteriormente, Incluyendo pero no limitado a lesiones personales, muerte, enfermedad o pérdidas de propiedad, o cualquier otra pérdida, e incluyendo pero no limitado a reclamaciones basadas en la supuesta negligencia de cualquier Representante del Programa o cualquier otra persona relacionada con la desinfección de COVID-19. Además, prometo no demandar a ETM-LA ni a ningún Representante del Programa, y acepto indemnizarlos y mantenerlos indemnes de todos y cada uno de los daños que resulten de la contracción de COVID-19 por mí y/o por mi hijo.)

Parent/Guardian Initials (Iniciales de Tutor/Guardián): _____

AUTHORIZATION TO PARTICIPATE (LA AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR)

My child, a minor, has my permission to participate in all the activities. I understand that certain activities by nature have an increased risk of injury, including death, despite extensive measures taken by staff to provide a safe environment and ensure the safety of my child. I understand the nature of games and sports activities and I am aware of the minor's experience and capabilities and believe my child to be qualified, in good health and in proper physical and emotional condition to participate in such activities. I agree to relieve Education Through Music- Los Angeles, its officers and agents and employees from any injury to my child in connection with this program. I further understand that the Education Through Music- Los Angeles **CARRIES NO INSURANCE.**

(Mi hijo, menor de edad, tiene mi permiso para participar en todas las actividades. Entiendo que ciertas actividades por naturaleza tienen un mayor riesgo de lesiones, incluida la muerte, a pesar de las amplias medidas tomadas por el personal para proporcionar un entorno seguro y garantizar la seguridad de mi hijo. Entiendo la naturaleza de los juegos y actividades deportivas y soy consciente de la experiencia del menor y creo que mi hijo está calificado, en buena salud y en condiciones físicas y emocionales adecuadas para participar en tales actividades. Estoy de acuerdo en aliviar la educación a través de la música de Los Ángeles, sus oficiales y agentes y empleados de cualquier lesión a mi hijo en relación con este programa. Además, entiendo que la Educación a través de la Música - Los Angeles **NO TIENE SEGURO.**)

Parent/Guardian Initials (Iniciales de Tutor/Guardián): _____

Participant Name (Nombre del Participante): _____

GENERAL POLICIES (PÓLIZAS Y REGLAS GENERALES)

1. Registration is on a first come first serve basis as there are limited spaces available.

(El registro es en un primer llegado primer servido base, ya que solo hay un límite de espacios disponibles.)

2. No Refunds unless the program is canceled. There are no credits or make-up days for missed days.

(No hay reembolsos a menos que el programa sea cancelado. No hay créditos ni días de maquillaje para los días perdidos.)

3. Program participants must be signed in by a parent/guardian at 8:30am. Doors will not open before this time. Students are not to be left unattended or check themselves in.

(Los participantes del programa deben ser registrados por un padre/tutor a las 8:30 a.m. Las puertas no se abrirán antes de ese tiempo. Los estudiantes no deben ser dejados desatendidos o registrarse ellos mismos.)

4. Program participants must be picked up by a parent/guardian at 11:45am. If not picked up by 12:00pm you may be charged a Late Pick Up Fee. Students will not be released to anyone not on the pick-up authorization list, or check themselves out.

(Los participantes del programa deben ser recogidos por un padre / tutor a las 11:45 am. Si no lo recogen antes de las 12:00 pm, se le puede cobrar una tarifa por recogida tardía. Los estudiantes no serán liberados a nadie que no esté en la lista de autorización de pick-up, o se revisarán a sí mismos.)

5. DRESS CODE: Closed-toed shoes with rubber soles must be worn daily. Campers should wear comfortable clothes that allows easy movement. Bare midriff, shorts shorter than mid thigh, and graphics with offensive images or words are not permitted. Biker shorts or leggings should be worn under skirts. (CODIGO DE ROPA:

Zapatos de pie cerrado con suelas de goma deben usarse diariamente. Los campistas deben usar ropa cómoda que permite un movimiento fácil. No se permiten pantalones cortos al descubierto, pantalones cortos más cortos que la mitad del muslo y gráficos con imágenes o palabras ofensivas. Los pantalones cortos de ciclista o las polainas se deben usar debajo de las faldas.)

6. SNACK/RECESS: Students will be provided with 30 minutes of snack and recess time daily. Participants are encouraged to bring reusable wáter bottles and their choice of snack. (A los estudiantes se les proporcionarán

30 minutos de refrigerio y tiempo de recreo todos los días. Se anima a los participantes a traer botellas de agua reutilizables y su elección de bocadillo.)

7. The facility is NOT responsible for lost or stolen articles. No Electronics or valuables may be brought to program. (La instalación NO es responsable por artículos perdidos, robados o quebrados. No se pueden traer

artículos electrónicos ni objetos de valor al programa.)

I acknowledge that I have read and understand all of the policies as listed on this application.

By my child's participation I agree to follow and abide by these rules.

(Yo reconozco que he leído y entendido todas las pólizas como se indica en esta solicitud. Por la participación de mi hijo/a, estoy de acuerdo de seguir y cumplir estas reglas.)

Parent/Guardian Signature (Firma del Padre/Tutor):

Date (Fecha):

(MM/DD/YYYY)