

CREST Homework Club At Roosevelt School

Register your child for the Roosevelt Homework Club by completing this registration packet today!

Fees

\$115 per session or \$345 per year.

Financial Assistance is available based on a sliding scale. Low- to moderate-income families are encouraged to apply.

What's Included

- Experienced staff, materials and learning are guaranteed!
- Homework Club is offered everyday, rainy days are included.
- Please return your packet to the Upper CREST Childcare Coordinator (Olga Fabela) or Roosevelt School front office.

Session Dates

October 5 - December 18

January 4 - March 26

April 12-June 18

PLEASE DON'T FORGET TO ENROLL
YOUR CHILD IN PLAYGROUND
ACCESS FOR TRANSITION TIME!

Schedule:

- Grades 1 - 3, 3:00 - 4:00
Monday - Friday,
- Grades 4 and 5, 4:00 - 5:00
Monday - Friday

Location: Cafeteria

City of Santa Monica Youth Office
1133 7th Street
Santa Monica, CA 90403



CREST.SMGOV.NET

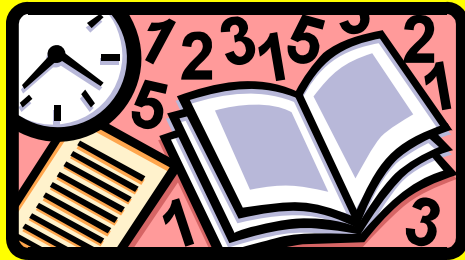


(310) 458-8540



(310) 451-3569

Program Begins October 5, 2009



Registre a su hijo/hija en el Programa de tareas en la escuela Roosevelt. Rellene el paquete de registraci3n hoy.

Cuota:

\$115 por una sesi3n o
\$345 por el a1o.

Abundante asistencia financiera disponible a familias con ingresos bajos a moderados. Todas las familias son animados aplicar.

Que incluye el programa

- ¡Personal con experiencia, materiales y una garantía de aprendizaje!
- El programa se ofrece todos los días, incluyendo los días de lluvia.
- Por Favor entregue su paquete de matriculaci3n con la Coordinadora de CREST Cuidado de Niños (Olga Fabela) o a la oficina de la escuela Roosevelt.

CREST Club de Tarea En la escuela Roosevelt

Fechas de sesi3n

5 de Octubre-18 de Diciembre
4 de Enero - 26 de Marzo
12 de Abril—18 de Junio

Por favor registre a su hijo/a en el programa de acceso de patio (Playground Access).

Horario:

- Grados 1 -3, 3:00-4:00
Lunes - Viernes
- Grados 4 y 5, 4:00 - 5:00
Lunes - Viernes

Adonde: Cafeteria

Oficina de CREST

1133 7th Street
Santa Monica, CA 90403



CREST.SMGOV.NET



(310) 458-8540



(310) 451-3569

Programa comienza 5 de Octubre, 2009

REGISTRATION FORM

Please print and fill out completely. Proof of Santa Monica residency is required for resident rate. Please include a copy of current utility bill and photo ID.

Participant Information

Full Name First _____ Last _____

Male Female Birth Date _____ Age _____ Grade _____

School _____ Homeroom _____

Check if this is a new address, phone number or e-mail address

Custodial Parent Name _____

Address _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Home Phone () _____ Work Phone () _____

Cell Phone () _____ E-mail _____

Special Needs / Medications _____

Cultural / Ethnic Background (optional) _____

Payee Information (person paying for registration)

Full Name (First and Last) _____

Driver's License _____

Check if this is a new address, phone number or e-mail address
Complete if different than participant:

Address _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Home Phone () _____ Work Phone () _____

Cell Phone () _____ E-mail Address _____

For office use only

Date _____ Check _____ Receipt _____

SECTION A: Activities

List choices for classes only.

Session Number	Class / Activity Name*	1st Choice		2nd Choice		3rd Choice		Fee**
		Day	Time	Day	Time	Day	Time	
Total Fees								

* Includes camps, child care, classes and workshops ** Santa Monica residents, please include copy of current utility bill and photo ID

Refund Policy: Workshops, Camps and CREST Child Care (4th and 5th graders): Refunds issued only with medical documentation. A \$15.00 cancellation fee applies. Requests must be made in writing to the program supervisor, in person, or by fax, mail or email.

Classes: refunds issued only if requested within one working day after the 1st class meeting. A \$15 processing fee will be deducted for each refund. Requests must be made in writing to program supervisor, in person, or by fax, mail or email.

SECTION B: Release Authorization

Please list LOCAL adults over age 18 that we are authorized to release your child to in the event that you cannot be reached during an emergency.

Name	Relationship	Phone Number
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

My child may sign himself/herself in or out of camp at the end of the program day (My child must be at least 12 years old). YES NO

SECTION C: Form of Payment

Check (For each activity, please make separate checks payable to City of Santa Monica.)

Money Order

Credit Card (check one) MasterCard Visa Discover

Exp. Date: _____
Mo. ____ / Yr. ____

Cardholder's Signature _____

Youth Financial Assistance (To apply call 458-8540.)

Mail registration form to:
City of Santa Monica
Attn: Registration
1133 7th Street
Santa Monica, CA 90403



Or fax registration form with credit card info to:
(310) 451-3569

WAIVER, RELEASE AND ASSUMPTION OF RISK In consideration of the applicant's participation in the above activity, I waive and release all claims for damages for death, personal injury or property damage that may occur as a result of engaging in that activity. This discharges in advance the City of Santa Monica, its employees and other agents from liability even though that liability may arise out of their negligence. I know that this activity involves a risk of accidents, and I willingly assume the risk. This waiver, release and assumption of risk is binding on my heirs and assigns. I give permission for any medical care that the leaders of the above deem necessary.

PHOTO RELEASE I hereby consent to the photographing, recording or reproduction in any other manner (including use of videotapes and audiotapes) of the likeness, voice and/or activities of the participant and further authorize the City of Santa Monica, its agents or assigns, to make unlimited use of such reproductions, including, but not limited to broadcasting to the public of the reproductions over radio and television stations. I understand that I will not receive any monetary compensation now or in the future for participating. I do hereby release and hold harmless the City of Santa Monica, its officers and employees, from any claims.

Check the appropriate box, sign, date and print your name below: Parent Legal Guardian

Signature _____

Date _____

Print Name _____

F O R M A D E R E G I S T R A C I Ó N

Favor de escribir con letra de molde y llenar completamente. Para pagar cuota de residente, se requiere un comprobante para verificar que ud. es residente de Santa Monica. Favor de incluir una copia de un cobro de utilidades corriente y de una identificación con foto.

Información del participante

Nombre completo (nombre y apellido) _____

Hombre Mujer Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Grado _____

Escuela _____ Salón _____

Marque aquí si esta dirección, teléfono o correo electrónico es nuevo

Nombre de tutor legal _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono de la casa () _____ Teléfono del trabajo () _____

Teléfono celular () _____ Dirección del correo electrónico _____

Necesidades especiales/medicamento _____

Grupo étnico (opcional) _____

Información del pagador (La persona que está pagando por la registración)

Nombre (nombre y apellido) _____

Licencia de conducir _____

Marque aquí si esta dirección, teléfono o correo electrónico es nuevo
Complete esta sección si la información es diferente a la del participante.

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono de la casa () _____ Teléfono del trabajo () _____

Teléfono celular () _____

Dirección del correo electrónico _____

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Fecha: _____ Cheque: _____ Recibo: _____

SECCIÓN A: Actividades

Sólomente indica las opciones para clases.

Número de la sesión	Nombre de la actividad*	1a Opción		2a Opción		3a Opción		Cuota**
		Día	Hora	Día	Hora	Día	Hora	
Total de cuotas								

*incluye campos, cuidado de niños, clases y talleres ** Residentes de Santa Monica: incluya una copia de ultima cuenta de luz/gas reciente y una identificación con foto.

Reembolso de fondos: Talleres, Campos y Cuidado de Niños del Programa CREST (alumnos de 4to y 5to grado) - Sólo se darán reembolsos con una documentación médica. Los reembolsos serán cuotizados. Es aplicable una cuota de cancelación de \$15.00. Esto se debe solicitar por escrito al supervisor del programa en persona o por fax, por correo, o por correo electrónico.

Clases: Reembolsos serán proveidos solo si son pedidos dentro de un día despues de la primera clase. Se cobrara \$15 para procesar su reembolso. Pedidos tendran que ser recibidos por escrito al supervisor del programa, en persona, por fax, correo electronico o correo postal.

SECCIÓN B: Permiso de Autorización

Por favor indica los nombres de personas adultas autorizadas a recoger a su hijo/a en el caso que usted no pueda ser contactado o caso de emergencia.

Nombre	Relación	Numero de Telefono
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Mi hijo/a se puede firmar la entrada o salida al final del día programado (Mi hijo/a tiene por lo menos 12 años). SI NO

SECCIÓN C: Forma de Pago

Cheque (haga cheque separado para cada actividad, haga el cheque a nombre *City of Santa Monica*.)

Giro postal

Ayuda financiera juvenil (adjunte carta de aprobación) Llame al 458-8540.

Tarjeta de crédito (marque una con círculo) MasterCard Visa Discover

Fecha de expiración: _____
Mes _____ / Año _____

Firma del tenedor _____

Envíe la solicitud de registración a:

City of Santa Monica
Attn: Registration
1133 7th Street
Santa Monica, CA 90403



Envíe la solicitud por fax (con la información de su tarjeta de crédito) al: (310) 451-3569

RENUNCIA, CESIÓN Y TOMA DE RESPONSABILIDAD En consideración a la participación del solicitante en la actividad arribamencionada, yo renuncio a y descargo todo reclamo por daños que resulten a causa de muerte, daño corporal, o daños a la propiedad que puedan ocurrir como resultado de haber participado en tal actividad. Esto desobliga por anticipado a la Ciudad de Santa Mónica, a sus empleados y otros agentes, de cualquier responsabilidad aunque esa responsabilidad resulte por negligencia de ellos. Yo sé que esa actividad involucra un riesgo de accidentes, y yo estoy dispuesto a asumir el riesgo. Esta renuncia, cesión y toma de responsabilidad es obligatoria e incluye a mis herederos y cesionarios. Doy permiso para que se dé cualquier cuidado médico que los líderes del equipo arribamencionado determinen sea necesario.

PERMISO PARA FOTOGRAFIAR Por la presente doy permiso a que se tomen/hagan fotografías, grabaciones o reproducciones de cualquier otro tipo (inclusive el uso de grabación por video o audio) de la imagen, voz y/o las actividades del participante y además autorizo a la Ciudad de Santa Mónica, sus agentes o cesionarios, a que usen sin límite tales reproducciones, inclusive, pero no limitado a la emisión al público de tales reproducciones por las estaciones de radio y televisión. Entiendo que no recibiré ninguna compensación monetaria ahora, o en el futuro por haber participado. Por la presente renuncio y dejo a salvo a la Ciudad de Santa Mónica, a sus oficiales y empleados, de cualquier reclamo.

Marque la caja apropiada, firme, escriba la fecha y su nombre con letra de molde abajo: Padre/Madre Tutor legal

Firma _____ Fecha _____

Escriba su nombre con letra de molde _____