

2025-2026 THE SALVATION ARMY KROC CENTER AFTER SCHOOL PROGRAM REGISTRATION FORM
2025-2026 EL CENTRO DE KROC DEL EJÉRCITO DE SALVACIÓN REGISTRACIÓN PARA EL PROGRAMA DESPUÉS DE ESCUELA

STUDENT ESTUDIANTE

- MALE MASCULINO
- FEMALE FEMENINO
- NON-BINARY NO BINARIO

NAME NOMBRE (FIRST & LAST NAME NOMBRE Y APELLIDO)

BIRTHDATE FECHA DE NACIMIENTO AGE EDAD GRADE GRADO

SCHOOL ESCUELA
Students must be at least 5 years old by August 18, 2025, potty trained, and entering Kindergarten.
Los estudiantes deben tener al menos 5 años cumplidos antes del 18 de agosto de 2025, estar entrenados para ir al baño y estar escrito a Kindergarten.

PARENT/GUARDIAN PADRE/MADRE/GUARDIAN (FIRST & LAST NAME NOMBRE Y APELLIDO)

CELLTELÉFONO MÓVIL PHONE TELÉFONO DE CASA WORK PHONE TELÉFONO DE TRABAJO

EMAIL CORREO ELECTRÓNICO

CHECK HERE TO OPT-OUT OF EMAILS ABOUT UPCOMING CLASSES, EVENTS & CLOSURES.
MARQUE AQUÍ PARA OPTAR POR NO RECIBIR CORREOS ELECTRÓNICOS SOBRE LAS PRÓXIMAS CLASES, EVENTOS Y CIERRES.

HOUSEHOLD ADDRESS DOMICILIO

ADDRESS DIRECCIÓN

CITY CIUDAD STATE ESTADO ZIP CODE CÓDIGO POSTAL

EMERGENCY CONTACT & PICK UP AUTHORIZATION CONTACTOS DE EMERGENCIA Y QUIENES ESTAN AUTORIZADOS EN RECOGER A SU HIJO/A

NAME (FIRST & LAST NAME) NOMBRE (NOMBRE Y APELLIDO)	RELATIONSHIP RELACIÓN	CELL PHONE TELÉFONO MÓVIL
NAME (FIRST & LAST NAME) NOMBRE (NOMBRE Y APELLIDO)	RELATIONSHIP RELACIÓN	CELL PHONE TELÉFONO MÓVIL
NAME (FIRST & LAST NAME) NOMBRE (NOMBRE Y APELLIDO)	RELATIONSHIP RELACIÓN	CELL PHONE TELÉFONO MÓVIL

NOT AUTHORIZED TO PICK UP PERSONAS NO AUTORIZADAS DE RECOGER A SU HIJO/A

NAME (FIRST & LAST NAME) NOMBRE (NOMBRE Y APELLIDO)	RELATIONSHIP RELACIÓN	CELL PHONE TELÉFONO MÓVIL
NAME (FIRST & LAST NAME) NOMBRE (NOMBRE Y APELLIDO)	RELATIONSHIP RELACIÓN	CELL PHONE TELÉFONO MÓVIL

YOUTH MEDICAL INFORMATION INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE

The information provided below will assist our staff in providing the best care for your child. Check if applicable or allergic. If your child need medicine administered during class time, please fill out a "Right to Distribute Medication Form".

La información que proporcione ayudará a nuestro equipo en ofrecer la mejor atención a su hijo/a. Por favor indique si su hijo/a tiene alguna alergia o condición médica. Si su hijo/a requiere que administremos alguna medicina mientras está con nosotros, por favor llene el formulario, "Derecho de Distribuir Medicamento."

- DIABETES
- ALLERGIC TO INSECT STINGS
- BEHAVIORAL CHALLENGES
- ASTHMA
- ALLERGIC TO PENICILIN
- EPILEPSY
- CARRIES INHALER
- CARRIES EPI-PEN

DIETARY RESTRICTIONS RESTRICCIONES DIETÉTICO

ARE IMMUNIZATIONS CURRENT? LA VACUNAS ESTÁN AL CORRIENTE

DATE OF LAST TETANUS SHOT FECHA DE ÚLTIMA VACUNA DE TÉTANOS

ACTIVITY RESTRICTIONS RESTRICCIONES DE ACTIVIDAD

SFUSD Email/Correo:

SFUSD Password/Contraseña:

SURVEY (FOR DCYF) ENCUESTA (PARA DCYF, YA QUE LA CIUDAD NOS HAN CONCEDIDO CON UNA BECA)

HOUSING STATUS ESTATUS DE HOGAR

- _____ PERMANENT/STABLE HOUSING
HOGAR ESTABLE / PERMANENTE
- _____ HOMELESS - TRANSITIONAL/SUPPORTIVE HOUSING
SIN HOGAR - HOGAR EN TRANSITO/ HOGAR DE APOYO
- _____ HOMELESS - SHELTER/EMERGENCY HOUSING
SIN HOGAR - ALBERGUE / HOGAR DE EMERGENCIA
- _____ HOMELESS - MOTEL/HOTEL
SIN HOGAR - MOTEL / HOTEL
- _____ HOMELESS - STAYING WITH FAMILY/FRIENDS/DOUBLE-UP
SIN HOGAR - QUEDANONOS CON FAMILIAR/AMISTADES
- _____ HOMELESS - UNSHELTERED
SIN HOGAR - NO TENEMOS NINGUN HOGAR

HOME LANGUAGE IDIOMA DE CASA

- _____ ENGLISH INGLES
- _____ SPANISH ESPAÑOL
- _____ CANTONESE CANTONESE
- _____ JAPANESE JAPONES
- _____ KHMER/CAMBODIAN KHMER / CAMBOYANO
- _____ KOREAN KOREANO
- _____ LAOTIAN LAOSIANO
- _____ MANDARIN MANDARÍN
- _____ SAMOAN SAMOANO
- _____ OTHER OTRO
- _____ SPECIFIC LANGUAGE/DIALECT
ESPECIFIQUE IDIOMA / DIALECTO
- _____

RACE/ETHNICITY RAZA / ETNIA

- _____ AFRICAN-AMERICAN
AFRO AMERICANO
- _____ OTHER BLACK (SPECIFY BELOW)
OTRO NEGRO (ESPECIFIQUE ABAJO)
- _____ ASIAN - CHINESE
ASIÁTICO- CHINO
- _____ ASIAN - FILIPINO
ASIÁTICO - FILIPINO
- _____ ASIAN - KHMER/CAMBODIAN
ASIÁTICO – KHMER/CAMBOYANO
- _____ ASIAN - VIETNAMESE
ASIÁTICO – VIETNAMITA
- _____ ASIAN - OTHER (SPECIFY BELOW)
ASIÁTICO – OTRO (INDIQUE ABAJO)
- _____ HISPANIC/LATINO - MEXICAN / MEXICAN AMERICAN
HISPANO / LATINO – MEXICANO / AMERICANO
- _____ HISPANIC/LATINO - CENTRAL AMERICAN
HISPANO / LATINO – CENTRO AMERICANO
- _____ HISPANIC/LATINO - SOUTH AMERICAN
HISPANO / LATINO – SUR AMERICANO
- _____ HISPANIC/LATINO - OTHER (SPECIFY BELOW)
HISPANO / LATINO – OTRO (ESPECIFIQUE ABAJO)
- _____ MIDDLE EASTERN- ARAB
DE MEDIO ORIENTE - ÁRABE
- _____ MIDDLE EASTERN - IRANIAN
DE MEDIO ORIENTE – IRANÍ
- _____ MIDDLE EASTERN - OTHER (SPECIFY BELOW)
DE MEDIO ORIENTE – OTRO (ESPECIFIQUE ABAJO)
- _____ NATIVE AMERICAN, PACIFIC ISLANDER
INDIO AMERICANO / NATIVO DE LA POLINESIA
- _____ WHITE; MULTI-RACIAL/MULTI-ETHNIC
BLANCO ; MULTIRACIAL / MULTIÉTNICA
- _____ OTHER (SPECIFY BELOW)
OTRO (ESPECIFIQUE ABAJO):
- _____

SPECIFIC ETHNICITY
ESPECIFIQUE ETNICA

PERMISSION FOR CONSULTATION RELEASE OF RECORDS AUTORIZACIÓN PARA OBTENER REGISTROS ESCOLARES

ENGLISH

I, _____, as the parent/legal guardian, give my permission for The Salvation Army Ray & Joan Kroc Corps Community Center staff and/or volunteers working with my child, _____, to consult with, obtain information or progress report card from, and to release information to my child's school. I understand that all discussions and correspondences are confidential. I reserve the right to withdraw permission, in writing, at any time for future consultation or exchange of records.

Any limitations to the above are noted below:

ESPAÑOL

Yo, _____, como el padre/guardián, doy permiso que los empleados y/o voluntarios del Centro de Kroc del Ejército de Salvación con quienes trabajan con mi hijo/a, _____, que consulten con, obtengan información o reporte de progreso académico, y den información a la escuela de mi hijo/a. Entiendo que toda discusión y correspondencia es confidencial. Yo reservo el derecho de retirar mi permiso, por medio de carta, a cualquier punto en el futuro sobre intercambio de registros o información.

Cualquier limitación sobre lo de arriba por favor apunte aquí:

PLEASE LIST ANYTHING THAT MAY AFFECT YOUR CHILD'S EXPERIENCE AT THE KROC CENTER (IE DIVORCE, MOVING, HEALTH, IEP OR ANY SPECIAL ACCOMODATIONS, ETC) POR FAVOR PROPORCIONE CUALQUIER OTRO TIPO DE INFORMACIÓN QUE AFECTE LA EXPERIENCIA DE SU HIJO/A EN EL CENTRO DE KROC (EJ. DIVORCIO, MUDÁNDOSE, SALUD MENTAL, IEP O CUALQUIER TIPO DE ACOMODACIÓN QUE DEBERÍAMOS DE HACER, ETC.)

PLEASE ATTACH YOUR STUDENT'S IEP (Individualized Education Plan) WITH YOUR APPLICATION.

POR FAVOR ADJUNTE IEP (Programa de educación individualizada) DE SU ESTUDIANTE CON SU APLICACIÓN.

Behavior & Learning Specialist *Especialista de Comportamiento y Aprendizaje*

Phone Number - *Numero de Teléfono*

Email - *Correo de Electrónico*

Golden Gate Regional Center *El Centro Regional de Golden Gate*
Therapist *Terapist, Psicologo, o Consejero*

Phone Number - *Numero de Teléfono*

Email - *Correo de Electrónico*

Additional Therapist *Terapist, Psicologo, o Consejero Adicional*

Phone Number - *Numero de Teléfono*

Email - *Correo de Electrónico*

If your family is in need of additional assistance, please select below:

Si su familia necesita asistencia adicional por favor seleccione desde abajo:

☐ **food assistance**
asistencia de comida

☐ **immigration**
imigración

☐ **clothing**
ropa

☐ **housing**
servicios de apoyo en el hogar

☐ **diapers**
pañales

PROGRAM POLICIES AND PROCEDURES

LATE PICK-UP POLICY

All students should be picked up BEFORE 6:00pm.

If your child is picked up late the following policy applies:

- After ONE WARNING, parents will need to pay \$1.00 for every minute past 6:00pm. Initials _____
- Parents/Guardians are responsible for notifying all authorized pick-up persons once a late warning has been given.
- If the late fee is not paid within one week, the student will not be allowed to attend the program again until the late fee is paid.
- If a parent/authorized person is more than 45 minutes late and has not contacted the Kroc Center Child Protective Services will be notified. Initials _____

DISCIPLINE POLICY

If student has difficulty making good choices or following our program rules, the following will apply:

- Conversation with student and staff | Parent will be informed
- Privileges and/or activities removed | Parents will be informed
- Conference w/student, parent, and Education Leads
- Suspension and/or Removal from the Program

Student safety is our top priority. Students are expected to follow the Program Rules by keeping hands and feet to themselves, listening to all instructions and staying with the group. I understand that if my child does not adhere to all rules, disciplinary consequences will occur. Repeat or more serious acts such as bullying, fighting, theft, possession of weapons, or vandalism will result in immediate suspension or expulsion, necessitating removal from the **After School Program**. The parent/guardian or an authorized adult is responsible for picking him/her up immediately. Initials _____

PHONE CALLS

During the **After School Program** no phone calls are allowed, except in the case of an emergency, illness, or late pickup. Kroc Center employees are NOT allowed to give information concerning your child over the phone, i.e. if your child was picked up already. This is because we cannot confirm the identity of person on the phone. Initials _____

PERSONAL ITEMS

No gum allowed; NO toys or electronic devices: Cell Phones, iPods, Nintendo Switch, etc.

We take NO responsibility for items lost, stolen, or "lent" to other students.

No candy is allowed. No corner store or vending machine food, candy, snack and drinks are allowed except water. Initials _____

PERMISSION TO CHECK AGAINST COVID-19

By signing below, I give consent for Kroc Staff to check my student's temperature daily, for the protection of my student and others apart of the group. Kroc Center has permission to not allow my student in the program if s/he reaches a temperature of 100.5 or higher, or otherwise shows COVID-19 symptoms including unusual fatigue, consistent cough, sneezing, headache, or other related symptoms. Please read the handout provided by the city in the event your child is diagnosed positive during the programs duration. Initials _____

ACKNOWLEDGEMENTS

By signing this form, I agree that my Child:

May attend The Salvation Army Youth programs.

May attend and be transported by The Salvation Army to all organized field trips.

Receive medical care, in case of an emergency, at the discretion of The Salvation Army.

May have his/her photograph/video used by The Salvation Army for public relations.

I certify that the information provided on the registration form is accurate and complete. I am responsible for notifying the **After School Program** if any of the information changes.

I understand that if I fail to pick up my child on time, I will be required to pay late fees. Reoccurring late pickups may result in dismissal from the program.

Initials _____

We reserve the right to remove a child from the program based on behavior or other reasons. Initials _____

PARENT/GUARDIAN NAME, PLEASE PRINT

DATE

STUDENT'S NAME

PARTICIPANT OR PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

LOS PROCEDIMIENTOS Y LAS PÓLIZAS DEL PROGRAMA

Tarde En Recoger a su Hijo/a

Todos los estudiantes tienen que estar recogidos ANTES de las 6:00pm. Si recoge a su hijo/a tarde, la siguiente póliza

aplicará:

- Después de UNA ADVERTENCIA, padres tendrán que pagar \$1.00 por cada minuto después de las 6:00pm. **Iniciales _____**
- Padres/Guardianes son responsables de avisarles a todos autorizados a recoger al estudiante cuando les demos la advertencia
- Si no pagan la tarifa después de una semana, el estudiante no podrá asistir al programa hasta que se pague la tarifa.
- Si el padre/persona autorizada esta más de 45 minutos tarde y no han contactado al Centro de Kroc, llamaremos Servicios Sociales **Iniciales _____**

Póliza de Disciplina

Si el estudiante tiene dificultad en cumplir con las reglas del programa y tiene dificultad en hacer buenas decisiones, lo siguiente se aplicará:

- Conversación entre el estudiante y miembro del equipo | Guardián será notificado
- Privilegios y/o actividades eliminados | Guardián será notificara
- Conferencia c/n estudiante, guardián, y líderes de departamento
- Suspensión y/o Eliminado del Programa

La seguridad de todos los estudiantes es nuestra prioridad. Esperamos que los estudiantes sigan todas las reglas del programa manteniendo sus manos y pies con ellos mismos, escuchen todas las instrucciones y que siempre se mantengan con su grupo. Yo entiendo que, si mi estudiante no cumple con todas las reglas, habrá consecuencias de disciplina. Si se repiten comportamientos o hay comportamientos más serios como acoso, pelear, robar, posesión de armas, o vandalismo resultará en suspensión o expulsión inmediata del programa. El padre/guardián o adulto autorizado es responsable de recoger lo/la inmediatamente. **Iniciales _____**

Llamadas

Durante el Programa Después de Escuela no se permiten llamadas, con excepción si es una emergencia, sobre una enfermedad, o si recogerán a su hijo/a tarde. Los empleados del Kroc Center no están permitidos en compartir información sobre un estudiante a través del teléfono, ej. si su estudiante ya fue recogido. Esto es por la razón que no podemos confirmar la identidad sobre una persona a través del teléfono. **Iniciales _____**

Artículos Personales

No se permite chicle. No se permiten aparatos electrónicos o juguetes: teléfonos celulares, iPods, Nintendo Switch, etc.

No tomamos responsabilidad por artículos perdidos, robados, o "prestados," a otros estudiantes.

No se permite dulces. No se permite comida chatarra. No se permite comida, dulces, meriendas o bebidas compradas de la tienda de la esquina, o de las máquinas, con excepción de botellas de agua. **Iniciales _____**

Permiso de Reviso Contra COVID-19

Al firmar lo siguiente, doy mi consentimiento de que revisen la temperatura de mi hijo/a diariamente para la protección de él/ella y los demás del grupo. El equipo Kroc tiene el derecho de no permitir la entrada de mi hijo/hija si su temperatura mide 100.5 o más, o si demuestra síntomas de COVID-19 incluyendo cansancio inusual, constante tos, catarro, dolor de cabeza, y otros síntomas relacionados al COVID-19. Por favor lea el documento de parte de la ciudad para más información si su hijo/a sale positivo durante la duración del programa.

Iniciales _____

Confirmación de Lectura

Al firmar esta forma, estoy de acuerdo que mi hijo/a:

Puede ser que asiste Programa de Juventud del Ejército de Salvación.

Puede ser que asiste y sea transportado por El Ejército de Salvación a todos paseos organizados.

Puede recibir atención médica, en caso de una emergencia, a la discreción del Ejército de Salvación.

Puede tener su fotografía o video usado por el Ejército de Salvación por razones de relaciones públicas.

Yo declaro que la información provista en esta forma de registración es correcta y esta completa. Yo soy responsable de avisar el Programa Después de Escuela de cualquier cambio en mi información. Yo entiendo que, si yo no recojo a mi hijo/a, estoy de acuerdo/a en pagar la tarifa adicional. Si continuamente recojo a mi hijo/a tarde, podremos perder nuestro espacio en el programa. **Iniciales _____**

Tenemos el derecho de remover su estudiante del programa basado en su comportamiento o cualquiera otras razones. **Iniciales _____**

NOMBRE DE PADRE/TUTOR

FECHA

NOMBRE DE ESTUDIANTE

FIRMA DE PADRE/TUTOR

TERMS OF ENROLLMENT

By signing this Enrollment Form, I (we) agree to the following: (1) participant and any guests in his/her party will abide by the terms of this Agreement at all times during the period of enrollment and will comply with all rules and regulations posted or otherwise communicated, (2) in case of illness or injury, The Salvation Army is authorized to secure emergency medical treatment at the participant's expense, (3) The Salvation Army Kroc Center reserves the right to remove from the facility or terminate the enrollment of any participant who fails to comply with any posted rules and regulations or otherwise breaches the terms of this Agreement, in which case participant will not be entitled to a refund of fees, and (4) enrollment is not transferable, and (5) grant permission for The Salvation Army to make visual recordings of all individuals listed on this form for its responsible use.

CONSENT TO TAKE AND PUBLISH PHOTOGRAPHS, VIDEO, AUDIO, AND MEDIA RECORDINGS—I hereby grant The Salvation Army, its agents and those by whom it is commissioned, unrestricted and unlimited license, right, permission, and consent to use and reuse, copyright, print, reproduce, publish, and republish, for any and all trade purposes or commercial or other advertising or public purposes, said media usage depicting me or a minor for whom I have legal responsibility. I warrant that I have not limited or restricted the use of my name or photograph to the use of any organization or person.

LIABILITY WAIVER—Please read this Waiver carefully as it affects your legal rights in the event of an injury, contraction of a communicable disease, infection and/or damage to property. By signing this document you are representing that you have read, understood and agree to be bound by the Terms of this Waiver. I understand that entry into and use of the facilities and equipment at The Salvation Army Kroc Center may involve risk of bodily injury, property damage, contraction of a communicable disease and/or contraction of a viral or bacterial infection and I agree to assume any such risks. I understand that it is up to me to consult physicians and other professionals to make sure that I (or the minor for whom I sign) can safely participate in activities and events at The Salvation Army Kroc Center. I also understand and agree that by signing this Agreement, I am giving up my (or the minor for whom I sign is giving up) rights to make any claim or file a lawsuit and/or action against The Salvation Army, its agents, employees and volunteers, including, but not limited to, the right to bring a claim against or sue them, for bodily injury, property damage, contraction of a communicable disease and/or contraction of a viral or bacterial infection of any type and/or any other loss that I might suffer while using The Salvation Army Kroc Center facilities and services, except as limited by law.

NOTICE—In order to promote a safe and secure environment, The Salvation Army has placed video cameras in various locations throughout the facility. As part of our commitment to the safety of children and vulnerable persons, The Salvation Army Kroc Center reserves the right to consult public sources to determine whether any member or guest of any member poses an unreasonable risk of harm to its patrons, staff, or visitors

TRANSPORTATION WAIVER - By signing the following, I give permission for my child to be transported in a Kroc vehicle. I understand that my child is expected to follow all applicable laws regarding riding in a motor vehicle and is expected to follow the directions provided by the driver and/or other adult volunteers.

EQUIPMENT RETURN AGREEMENT (IF APPLICABLE)—I (We) understand that any issued equipment is borrowed and **MUST** be returned after the last class/game. I (We) agree to return issued equipment after the last class/game, if equipment is not returned after the last class/game or is damaged beyond repair, I (We) understand that I (We) am (are) financially responsible for its replacement.

CLASS AND PROGRAM CANCELLATIONS—Full payment is expected at the time of enrollment. No cash refunds are given unless the program is cancelled by The Salvation Army. The Kroc Center will determine if a class needs to be cancelled due to low enrollment 48 hours prior to the start of class. If the program is cancelled by The Salvation Army, you will be given the choice of a full credit or a cash refund. If you request to cancel your class enrollment five or more days prior to the first class, you will receive a full credit on a gift card minus a \$5 processing fee or you may choose to transfer to another session if available. Requests made less than five days prior to the start date are not eligible for a refund or credit, except in the case of personal emergencies. No credits or pro-rated credits will be issued for missed days of camp or class due to illness, partial attendance, behavior issues, or any other reason.

PARENT/GUARDIAN NAME, PLEASE PRINT

DATE

STUDENT'S NAME

PARTICIPANT OR PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

CONDICIONES DE INSCRIPCIÓN

Al firmar este Formulario de Inscripción, yo (nosotros) aceptamos lo siguiente: (1) el participante y cualquier acompañante invitado se seguirán a los términos de este Acuerdo en todo momento durante el período de clase y cumplirán con todas las reglas y regulaciones publicadas o comunicados a los miembros, (2) en caso de enfermedad o lesión, el Ejército de Salvación está autorizado a asegurar tratamiento médico de emergencia a costo del participante, (3) El Centro de Kroc del Ejército de Salvación se reserva el derecho de retirar de las instalaciones o la terminación de su membresía a cualquier miembro que no cumpla con las reglas y regulaciones publicadas o viole los términos de este Acuerdo, en cuyo caso el miembro no tendrá derecho a un reembolso de membresía, (3) la inscripción no es transferible, y (5) conceder permiso para que el Ejército de Salvación haga grabaciones visuales y fotografías de todas las personas agregadas en este formulario para su uso responsable.

CONSENTIMIENTO PARA TOMAR Y PUBLICAR FOTOGRAFÍAS, VIDEO, AUDIO Y GRABACIONES DE MEDIOS—Por el presente otorgo al Ejército de Salvación, a sus agentes y a quienes son comisionados, licencia ilimitada, derecho, permiso y consentimiento sin restricción e ilimitados para usar y reutilizar, derechos de autor, reproducir, publicar y volver a publicar, para todos y cada uno de los propósitos, comerciales u otros fines publicitarios o públicos, dicho uso de los medios que me represente o de un menor por quien tengo responsabilidad legal. Yo garantizo que no he limitado o restringido el uso de mi nombre o fotografía al uso de cualquier organización o persona.

RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD— Lea esta Renuncia cuidadosamente ya que afecta sus derechos legales en caso de una lesión, contracción de una enfermedad contagiosa, infección y / o daño a la propiedad. Al firmar este documento, usted declara que ha leído, entendido y acepta estar sujeto a los Términos de esta Exención. Entiendo que la entrada y el uso de las instalaciones y equipos en The Salvation Army Kroc Center puede implicar riesgo de lesiones corporales, daños a la propiedad, contracción de una enfermedad contagiosa y / o contracción de una infección viral o bacteriana y acepto asumir cualquier riesgos. Entiendo que depende de mí consultar a los médicos y otros profesionales para asegurarme de que yo (o el menor por quien firmo) pueda participar de manera segura en actividades y eventos en el Centro Kroc del Ejército de Salvación. También entiendo y acepto que al firmar este Acuerdo, renuncio a mis derechos (o al menor por el que firmo está renunciando) para hacer cualquier reclamo o presentar una demanda y / o acción contra el Ejército de Salvación/The Salvation Army, sus agentes, empleados y voluntarios, que incluyen, entre otros, el derecho a presentar una demanda contra ellos o demandarlos, por lesiones corporales, daños a la propiedad, contracción de una enfermedad contagiosa y / o contracción de una infección viral o bacteriana de cualquier tipo y / o cualquier otra pérdida que podría sufrir al usar las instalaciones y servicios de The Salvation Army Kroc Center, excepto lo limitado por la ley.

AVISO - A fin de promover un ambiente seguro, el Ejército de Salvación ha colocado cámaras de video en varios lugares a través de las instalaciones. Como parte de nuestro compromiso con la seguridad de los niños y personas vulnerables, el Centro de Kroc del Ejército de Salvación se reserva el derecho de consultar fuentes públicas para determinar si un miembro o invitado de algún miembro representa un riesgo razonable de daño a sus miembros, personal o visitantes.

EXENCIÓN DE TRANSPORTE - Al firmar lo siguiente, doy permiso de que mi hijo/a sea transportado en un vehículo Kroc. Entiendo de que mi hijo/a debe seguir todas las leyes relacionadas al transporte en un vehículo de motor y debe de seguir las direcciones del conductor y/o de los otros adultos.

CONTRATO DE DEVOLUCIÓN DEL EQUIPO (SI ES APLICABLE)—Yo/Nosotros entendemos que cualquier equipo es prestado y DEBE ser devuelto después de la última clase / juego. Yo/Nosotros aceptamos devolver el equipo prestado después de la última clase / juego, si el equipo no es devuelto después de la última clase / juego o está dañado más allá de la reparación, Yo/Nosotros somos responsables financieramente de su reemplazo.

CANCELACIONES DE CLASES Y PROGRAMAS—Se espera el pago completo al momento de la inscripción. No se dan reembolsos en efectivo a menos que el programa sea cancelado por el Ejército de Salvación. El Centro de Kroc determinará si una clase debe ser cancelada debido a la baja inscripción 48 horas antes del comienzo de la clase. Si el programa es cancelado por el Ejército de Salvación, se le dará la opción de un crédito completo o un reembolso en efectivo. Si usted solicita cancelar su inscripción en la clase, esta debe ser cinco o más días antes de la primera clase, recibirá total reembolso en una tarjeta de regalo menos una cuota de procesamiento de \$ 5 o puede optar por transferirse a otra sesión si está disponible. Las solicitudes hechas menos de cinco días antes de la fecha de inicio no son elegibles para un reembolso o crédito, excepto en caso de emergencias personales. No se otorgarán créditos o prorrates por días perdidos del campamento o clase debido a enfermedad, asistencia parcial, problemas de comportamiento o cualquier otro motivo.

NOMBRE DE PADRE/TUTOR

FECHA

NOMBRE DE ESTUDIANTE

FIRMA DE PADRE/TUTOR



San Francisco Unified School District
Authorization for Release of
Confidential Information

Student's Name: _____ Date of Birth: ____/____/____

School/Dept: _____ Address: _____

Contact Person: _____ Title: _____ Telephone: _____

I authorize the exchange of information described below between the San Francisco Unified School District and the following agency(s) and/or individual(s):

☐ Healthcare provider(s) _____ (name)

☒ Agency(s) The Salvation Army Kroc Center _____ (name)

☐ Parent/ legal guardian (if minor consented to care) _____ (name)

☐ Other _____

This authorization applies to the following information: (check each line that applies)

☒ Educational Data/IEP ☒ Social/Developmental ☒ Psychological

☒ Vision ☒ Speech/Language ☒ Audiological

☒ Medical _____ Other _____

Expiration: This authorization expires (date or event): Student exits Salvation Army

Restrictions: Providers who receive this information may not release it to someone else unless another authorization form is signed.

Your Rights: You may refuse to sign this form. You may cancel it at any time by informing the San Francisco Unified School District in writing. If you cancel your permission to allow the release of information about you/your child, it will go into effect immediately (unless someone already released information). You have a right to receive a copy of this Authorization.

Signature _____ **Date** _____

Indicate relationship to student: ☐ parent ☐ legal guardian: _____



SFUSD SAN FRANCISCO
PUBLIC SCHOOLS

***Distrito Escolar Unificado de San Francisco
Autorización para que se comparta la
información confidencial***

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
mes día año

Escuela/Departamento: _____ Dirección: _____

Persona con quién comunicarse: _____ Posición: _____ Teléfono: _____

Autorizo al Distrito Escolar Unificado de San Francisco y a la(s) institución(es) siguiente(s) o persona(s) para que intercambien la información que se describe a continuación:

- Nombre del médico _____
- Nombre de la institución _____
- Nombre del padre de familia/encargado (si se autorizó el cuidado del menor de edad) _____
- Otro El Centro de Kroc del Ejército de Salvación _____

Esta autorización se aplica a la información siguiente: (Marque con una "x" al lado de cada línea que aplique a su caso).

☒ Datos educativos/IEP	☒ Desarrollo social	☒ Psicológica
☒ Visión	☒ Habla/lenguaje	☒ Auditiva
☒ Médica	☐ Otro _____	

Expira: esta autorización expira (fecha o evento): Estudiante se va del Centro de Kroc del Ejército de Salvación

Restricciones: los proveedores de servicios que reciben esta información no pueden compartirla con ninguna persona, al menos que se firme otro formulario de autorización por separado.

Sus derechos: como padre de familia/encargado, puede negarse a firmar esta solicitud. Si decide firmarla puede cancelarla en cualquier momento informando por escrito al Distrito Escolar Unificado de San Francisco. Si cancela la autorización para compartir la información acerca de usted/estudiante, ésta se cancelará inmediatamente (a menos que alguien la haya distribuido). Además, tiene derecho de recibir una copia de esta autorización. .

Firma _____ Fecha _____

Indique que parentesco tiene con el estudiante: ☐ Padre de familia ☐ encargado legal: _____



DCYF Photography Release Form

Participant Name: _____ **Date of Birth:** _____

You or your child participates in a youth program funded by the San Francisco Department of Children, Youth, and Their Families (DCYF). DCYF staff or contractors may on occasion visit this program to take photographs for public information projects.

The public information projects aim to educate civic leaders and the general public about programs and services available for San Francisco children, youth and families. Example projects include DCYF publications and exhibits, as well as the DCYF website (<http://www.dcyf.org>).

By signing this form, you authorize DCYF staff and contractors to take photographs of program activities that may include images of you or your child and to use these photographs for the public information projects described above.

Your Name: _____

Relationship to Participant: ☐ Parent ☐ Legal Guardian ☐ Participant 18 Years of Age or Older

Signature: _____ **Date:** _____



Maria Su, Psy.D.
Directora ejecutiva



Ciudad y condado
de San Francisco

Formulario de autorización fotográfica de DCYF

Nombre del participante: _____ **Fecha de nac.:** _____

Usted o su hijo participan en un programa para jóvenes patrocinado por el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias de San Francisco (San Francisco Department of Children, Youth, and Their Families) (DCYF). El personal y los contratistas de DCYF pueden visitar este programa de vez en cuando para tomar fotografías para proyectos de información pública.

Los proyectos de información pública buscan educar a los líderes cívicos y al público en general sobre los programas y servicios disponibles para los niños, jóvenes y familias de San Francisco. Las publicaciones y exhibiciones de DCYF son ejemplos de estos proyectos, así como el sitio web de DCYF (<http://www.dcyf.org>).

Al firmar este formulario, usted autoriza al personal y a los contratistas de DCYF a tomar fotografías de las actividades del programa, las cuales pueden incluir imágenes de usted o de su hijo, y utilizar estas fotografías para los proyectos de información pública descritos anteriormente.

Su nombre: _____

Relación con el participante: ☐ Padre/madre ☐ Tutor legal ☐ Participante mayor de 18 años

Firma: _____ **Fecha:** _____

Departamento de Niños, Jóvenes y Familias de San Francisco
(Department of Children, Youth and Their Families)

1390 Market Street Suite 900 * San Francisco, CA 94102 * 415-554-8990 * www.dcyf.org

Authorization for Release of Confidential Information

The Salvation Army Ray and Joan Kroc Corps Community Center

Participant Name: _____ **Date of Birth:** _____

Our agency is supported by a grant from the San Francisco Department of Children, Youth and Their Families (DCYF). As a condition of the funding we receive, we are required to report information about the services we provide and the children, youth, and families that we serve to DCYF. DCYF works in close partnership with the San Francisco Unified School District (SFUSD). The data that we report to DCYF is also shared with SFUSD.

By signing this form, you authorize our agency to share information about your child's participation in our program (or your participation, if you are 18 years of age or older) with authorized staff at DCYF and SFUSD for the purposes described above. The information that we report to DCYF includes:

- Personal information, such as name, date of birth, and address;
- Demographic information, such as race/ethnicity and gender identity;
- Education information, such as school name and grade level;
- Participation in activities and services, such as attendance dates and hours attended; and
- Anonymous and voluntary youth experience surveys.

DCYF and SFUSD will not publicly report any information that we provide in a way that may be used to identify your child (or you, if you are 18 years of age or older).

Restrictions: All information that we provide that is related to an SFUSD student is protected by federal and state laws that govern the use, disclosure, and re-disclosure of student education records. Parties other than DCYF and SFUSD will not have access to any personally identifiable information that we report, except to the extent that the parties have obtained prior written authorization from you or have followed SFUSD policies and procedures to obtain access to such information.

Expiration: This authorization expires on June 30, 2026.

Your Rights: You may refuse to sign this form. You may cancel it at any time by informing our agency in writing. If you cancel your permission allowing us to release information to DCYF and SFUSD, it will go into effect immediately, unless the information has already been released. You have a right to receive a copy of this form.

Your Name: _____

Relationship to Participant: ☐ Parent ☐ Legal Guardian ☐ Participant 18 Years of Age or Older

Signature: _____ **Date:** _____

¿Podemos compartir su información con el San Francisco Department of Children, Youth and Their Families (Depto. de Niños, Jóvenes y Familias de San Francisco)?

El Centro de Kroc del Ejército de Salvación

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____

El San Francisco Department of Children, Youth, and Their Families (Departamento de Niños, Jóvenes y Familias de San Francisco) (DCYF) proporciona fondos a nuestra organización y para los servicios que prestamos. Para cumplir los requisitos de estos fondos, compartimos información sobre los participantes en nuestros servicios con el DCYF. Deseamos pedirle permiso para compartir su información personal con el DCYF.

El DCYF utiliza la información que le proporcionamos para entender las características de los participantes de nuestros programas y para asegurar que los niños, jóvenes y familias más vulnerables de San Francisco tengan acceso a servicios en toda la ciudad. El DCYF también utiliza los datos para supervisar los fondos que nos proporciona y evaluar las actividades y los efectos del programa.

Al firmar este formulario más abajo, usted permite que nuestra organización y cualquier subcontratista que utilicemos compartan información sobre la participación de su hijo o hija en nuestro programa (o su participación, si usted tiene 18 o más años de edad) con el personal autorizado del DCYF. La información que reportamos al DCYF incluye:

- Información personal, como el nombre, la fecha de nacimiento y la dirección;
- Información demográfica, como la raza, etnicidad e identidad de género;
- Información educativa, como el nombre de la escuela y el grado;
- Datos de la participación en las actividades y los servicios, tales como las fechas de participación y la cantidad de horas de participación; y
- Encuestas anónimas y voluntarias sobre la experiencia de los jóvenes.

El DCYF trabaja estrechamente con el Distrito Escolar Unificado de San Francisco (SFUSD). La información que compartimos con el DCYF también se comparte con el SFUSD si está conectada con un estudiante del SFUSD. Las leyes federales y estatales que gobiernan el uso y la divulgación de los registros educacionales de los estudiantes protegen la privacidad de esta información. La información que se comparte jamás se informa públicamente de una manera que pueda utilizarse para identificarlo a usted.

Sus derechos: Usted no tiene obligación de firmar o devolver este formulario. Si eso decide, no compartiremos su información con el DCYF. El optar por no compartir información no afectará la participación de su hijo o hija (ni su participación, si tiene 18 o más años de edad) en nuestro programa. Este formulario se vence el 30 de junio de 2026, al finalizar el ciclo de provisión de fondos actual del DCYF, pero usted lo puede cancelar en cualquier momento informándonos por escrito. Si usted cancela su permiso, la cancelación entrará en vigor de inmediato, a menos que la información ya se haya compartido. Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario.

Su nombre: _____

Relación con el participante: ☐ Padre/madre ☐ Tutor legal ☐ Participante de 18 o más años de edad

Firma: _____ Fecha: _____