

2018-2019 TFTMC MEMBERSHIP APPLICATION FOR AUSD STUDENTS (Aug. 27,2018-Aug. 25,2019)

Name: _____ Male _____ Female _____
First Middle Initial Last

Address: _____ Apt. # _____ City: _____ St: _____ Zip: _____

Home Phone: _____ Date of Birth: _____ Age: _____

School: _____ Student ID# _____ Teacher: _____ Grade: _____

Ethnicity: African American American Indian Asian/Pacific Caucasian Hispanic Multi Racial

Father's Name: _____ Mother's Name: _____

Father's Employer: _____ Mother's Employer: _____

Father's Work Phone: _____ Mother's Work Phone: _____

Father's Cell Phone: _____ Mother's Cell Phone: _____

Father's Email: _____ Mother's Email: _____

Emergency Contact Person: _____ Tel Number: _____

Special Concerns: YES or NO – Explain: _____

MEMBERSHIP IS FREE TO AUSD STUDENTS

Participation and Travel Permission, Waiver of Liability & After Class Policy

By signing below I agree to allow the child mentioned above to participate in The First Tee of Monterey County (TFTMC)/Intel Computer Clubhouse Network (ICCN) and the activities conducted by said entities including, but not limited to, golf and computer use at The First Tee of Monterey County campus. Participation is without assumption of liability of any nature by TFTMC/ICCN and its officers, directors, employees and staff or volunteers, any golf course or driving range or any other facility where the program activities are conducted.

Transportation: I give my full permission for the above mentioned child to be transported to and/or from any event being conducted by said entities and individuals and I do hereby release and discharge the above mentioned individuals and entities from any and all claims my child may suffer or sustain, directly or indirectly, in connection with any such transportation or participation.

Media Release: I give my permission for my child to have their picture taken and posted or published as deemed necessary by The First Tee of Monterey County (TFTMC).

Academic Information Release: I give my permission to my child's school district/school to release any and all of their full academic records to TFTMC, including, but not limited to, absences, grades, behavioral referral assessments. The purpose of this data exchanges is for research and evaluation and to aid TFTMC in supporting my child. I may revoke this release at any time by contacting my child's school district and TFTMC in writing.

After Class Policy: TFTMC recognizes the responsibility to provide a safe learning environment for all of our participants. To ensure the safety of your child/children, we will take the following action when your child tells us that his/her pick up person has not arrived at their pre-arranged time. We will first call the numbers provided for parental contact, then emergency contact numbers. If we do not have a commitment from a responsible party by thirty minutes after close of regular business hours, or completion of the golf tournament/event we will contact the Monterey County Office of Child Protective Services for assistance in ensuring the safety of your child.

I _____ have read and understand the above mentioned release of liability, transportation release, media release,
PARENTS NAME

academic information release and after class policy and grant the above mentioned child full permission to participate in any events operated and organized by the above mentioned entities.

Signed: _____ Date: _____

Emergency Medical and Surgical Treatment

The parent or guardian below does hereby consent to all emergency medical and surgical treatments, including anesthesia and operations, which may be deemed advisable by any treating physicians and surgeons. The intention hereby being to grant authority to administer and perform all examinations, treatments, anesthetics, operations and diagnostic procedures which may now or during the course of the patient's care be deemed advisable and necessary. I also agree that if the student is admitted to a hospital, he or she is to remain there until the treating physician recommends discharge.

MUST Check one:

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____ Accept: _____ Decline: _____

**TFTMC SOLICITUD DE AFILIACIÓN PARA ESTUDIANTES DE AUSD
(Agosto 27, 2018-Agosto 25, 2019)**

TFTMC ID# _____

Nombre: _____ Masculino _____ Feminina _____
 Primer Inicial Apellido

Domicilio: _____ Apto. # _____ Ciudad: _____ Edo: _____ Código: _____

Tel. De Casa: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Escuela: _____ ID de Estudiante: _____ Maestro: _____ Grado: _____

Pertenencia Étnica: Africo-Americano Indio Amer. Asiático/Del Pacific Caucásico Hispano Multi Raza

Nombre Del Padre: _____ Nombre De La Madre: _____

Empleador Del Padre: _____ Empleador De la Madre: _____

Tel. Del Trabajo Del Padre: _____ Tel. Del Trabajo De La Madre: _____

Tel. Cel. Del Padre: _____ Tel. Cel. De la Madre: _____

Email Del Padre: _____ Email De la Madre: _____

Persona de Contacto de Emergencia: _____ No. De Tel: _____

NECESIDADES ESPECIALES: SI o NO- Explique _____

AFILIACIÓN ES GRATIS PARA ESTUDIANTES DE AUSD

Renuncia de Responsabilidad

Yo acepto la participación del menor ya mencionado en The First Tee of Monterey County/Intel Computer Clubhouse Network y de las actividades en el campo de The First Tee of Monterey County, esta sin asumir responsabilidad de cualquier naturaleza por TFTMC/ICCN sus funcionarios, directores, empleados y representantes u otros instructores voluntarios, cualquier distancia de manejo o cualquier lugar en donde las actividades del programa sean conducidos, incluyendo el transporte.

Renuncia de Responsabilidad de Transportación: Yo doy mi permiso completo para mi hijo o hija mencionados que puedan asistir a cualquier evento y ser transportado por los individuos mencionados y renuncio a no culpar a cualquier individuo mencionado de todas las reclamaciones que mi hijo o hija puedan sufrir o tener y estoy de acuerdo en no levantar demandas a resultado de o atreves de cualquier daño o perjuicio que pudiera sostener el menor, directa u indirectamente, a resultado de o a través de cualquier manera en conexión con cualquier participación, actividades o transportación.

Permiso de Publicación a Medios de Comunicación: Yo doy mi consentimiento a The First Tee, TFTMC/ICCN de tomar y publicar las fotografías de mi hijo o hija cuando sea necesario para cualquier objetivo.

Permiso de Hacer Público Información Escolar Académica: Yo doy mi permiso completo al distrito escolar/escuela de mi hijo/a de soltar algun y cualquier documentaciones académicos a TFTMC, incluyendo, pero no limitado a, ausencias, grados, evaluaciones y remisiones del comportamiento. El propósito de este intercambio de datos es de investigación y evaluación es para ayudar a TFTMC y apoyar a mi hijo/a. Puedo revocar este notificación a cualquier momento comunicandome con el distrito escolar y TFTMC de mi hijo/a por escrito.

TFTMC/SVJGA/ATTJGA/ reconoce la responsabilidad de ofrecer un ambiente de aprendizaje seguro para nuestros participantes. Para garantizar la seguridad de su niño/niños tendremos que tomar las siguientes acciones cuando su hijo o hijos nos informen que no ha llegado a tiempo la persona responsable que los llevara a casa. Vamos a llamar primero, los números de sus padres, luego el numero de contacto de emergencia. Si no podemos localizar a ninguna de las personas autorizadas media hora después de las horas regulares del negocio o al final del torneo de golf o evento tendremos que localizar a Servicios de Protección al menor del condado de Monterey para que nos puedan asistir y garantizar la seguridad de su hijo o hija.

Yo _____ e leído y comprendo la liberación de responsabilidad, la póliza después de clases y transportación y doy mi permiso a el niño o niña mencionado para participar en cualquier evento organizado y dirigido por cualquier organización mencionado.

Firma: _____ Fecha: _____

Tratamiento De Emergencia Médica Y Quirúrgica

El padre o tutor mencionado abajo da aquí autorización para cualquier tratamiento de emergencia médica y quirúrgica, incluyendo anestesia y cirugías, de las cuales puedan ser autorizadas por cualquier doctor o cirujanos. La intención es aquí para dar autoridad para administrar y hacer todos los exámenes, tratamientos, anestésicos, cirugías y procedimientos diagnósticos de los cuales ahora o durante el curso del cuidado del paciente puedan ser determinados como recomendados y necesarios. También acepto que si el estudiante es admitido a un hospital el o ella puedan permanecer allí hasta que el médico autorizado recomiende dar de alta.

Marque Uno:

Firma de Padre/Guardian: _____ Fecha: _____ Acepto: _____ Rehusó: _____