

GRAD NIGHT 2008

Solicitud para Pedir Boletos

Queridos Padres de Familia/Guardianes, y miembros de la Senior Class 2008, Grad Night 2008 tendrá lugar fuera del colegio. Como requisito para que nuestros estudiantes puedan asistir, tenemos que recibir esta solicitud **DEBIDAMENTE LLENADA Y MANDADA CON EL PAGO A MAS TARDAR EL 16 DE MAYO, 2008**. Los formas incluidas en esta solicitud son las siguientes:

- Forma para Pedir Boletos
- Autorización de los Padres de Familia en el Distrito-PTA / Autorización para dar Tratamiento

Todos los seniors que hayan llenado las formas y pagado para Grad Night 2008 recibirán un boleto para el autobús de Grad Night cuando se registren el 5 de junio, 2008 a las 9pm.

Porfavor manden todas las formas de la Solicitud con su pago para Grad Night 2008 al Comité:

DARYL CAMARILLO, 1921 PERRY AVE., MENLO PARK, CA. 94025

Los precios de boletos son:

\$45

\$20 (para estudiantes con becas)

Los boletos para Grad Night Tickets no serán entregados sin que estén debidamente llenados todos las formas.

Sección I- FORMA PARA SOLICITAR EL BOLETO

Por favor impresión

Nombre del Estudiante: _____ ID del Estudiante# _____

Dirección Completa: _____

Teléfono Domicilio: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **EDAD al 5 de junio del 08** _____

PORFAVOR HAGAN SUS CHEQUES A NOMBRE DE Menlo-Atherton PTA Y escriba "Grad Night 2008" en la sección para comentarios en el cheque. Agradecemos donaciones para apoyar a Grad Night . Gracias

Boleto _____ \$45 _____

Cheque: _____ Efectivo: _____ Donación Adicional _____

Total incluido: _____

GRAD NIGHT 2008

Autorización de Padres de Familia en el Distrito y Autorización para Recibir Tratamiento

TODAS LAS SECCIONES DE ESTA FORMA DEBEN SER LLENADAS, FIRMADAS Y ENTREGADAS CON SU PAGO.

Sección II- AUTORIZACION DE PADRES DE FAMILIA AUTORIZANDO AL ESTUDIANTE A PARTICIPAR EN UN PASEO AUTORIZADO POR EL DISTRITO DENTRO DEL ESTADO DE CALIFORNIA.

_____ (Nombre del Estudiante) tiene mi autorización para asistir a Grad Night 2008.

Día del Evento: 5 de junio, 2008	Grupo: Menlo-Atherton Graduates 2008	Maestro/Lider: Comité Grad Night
Registro: 9:00 p.m.	Salida: 10:00 p.m.	Regreso: 5:30 a.m. 6 de junio, 2008.
Lugar de Salida/Regreso:	Menlo-Atherton High School	Método de Transporte: Autobus Contratado

Entiendo que todos los estudiantes asistiendo en este paseo se comportarán correctamente, y serán respetuosos a los empleados de empresa de transporte, los empleados en el lugar del evento, los adultos sponsor y chaperones. Además, entiendo que todos los estudiantes tienen que ir y regresar al evento en el transporte organizado y que los estudiantes tienen que permanecer en el lugar durante el evento.

Como es requerido por la Sección 35330 del Código de Educación, renuncio a cualquier demanda, que pueda tener en contra del Sequoia Union High School District, Comité Grad Nighty/o Sponsors del Evento, así como el Estado de California y/o California PTA por razones de lesión, accidente, enfermedad o muerte que haya ocurrido durante o a raíz de la participación de mi hijo/a en el evento Grad Night 2008 que tendrá lugar el 5 de junio del 2008.

Firma del Padre/Guardian	Nombre Padre/Guardian	Fecha de la Firma
--------------------------	-----------------------	-------------------

Sección III – AUTORIZACION PARA TRATAR A UN MENOR / INFORMACION MEDICA DEL ESTUDIANTE. NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. PONGA "NINGUNA" O "N/A" (NO ES RELEVANTE) SI ES APROPRIADO.

Autorización para Tratar a un Menor del Sequoia Unified School District - Código Civil Sección 25.8

Yo autorizo al personal de la escuela a transportar a mi hijo/a a un hospital o un centro médico y autorizo también y doy mi consentimiento para cualquier rayos-X, examinación, anesthesia, diagnosis y tratamiento médico o quirúrgico, y cuidados en hospital que hayan decidido necesarios el doctor/cirujano/dentista licenciado.

Firma del Padre/Guardian	Nombre Padre/Guardian	Fecha de Firma
Teléfono por la noche del Padre/Guardian	Teléfono Alterno	
Nombre del Estudiante (letra de bloque)	Empresa de Seguro Medico	Póliza o Número Médico

ALERGIAS DE COMIDA, CONDICIONES MEDICAS, Y / O INFORMACION ADICIONAL SOBRE SU HIJO/A QUE SEA PERTINENTE.

HIJO/A: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL COMITE DE GRAD NIGHT

Fecha Recibida _____ Cantidad Recibida _____ Persona quien Recibió: _____

Efectivo: _____ Cheque: _____ Cheque Número: _____