

---

---

# CHICO JUNIOR HIGH SCHOOL

# SPRING

# CAMP

**MARCH 19 - 23**  
**8:00 - 12:30 DAILY**

---



Dear Parents,

Chico Junior BLAST program will be hosting a Spring Camp. The camp will be held from 8:00 - 12:30 on March 19 - March 23. If your child is looking for something fun to do over their week off, then Spring Camp is for them! There will be a variety of field trips (Pageant Theater, Bird in Hand Yo-Yo Class, Chico Museum) and enrichment activities offered for students including soccer, basketball, dodgeball, arts and crafts, chess, corn hole, movies, computers and the game room. All Chico Junior students are welcome! Camp will be supervised by Mr. Salas, Mr. Erwin, Ms. Quok and Ms. Soto.

Please fill out the enrollment form attached, and return it to the office or Miss. Quok before March 13. Lunch will be served from 12:00 - 12:30 for regular school day prices to all students attending.

Sincerely,  
Kalyn Quok  
CJHS BLAST Coordinator  
891-3066 x 237  
BLAST Cell Phone: 624-2699



**Chico Junior High School 2017-2018**  
**BLAST 21<sup>st</sup> CCLC Intersession 6th - 8<sup>th</sup> grade**  
**Mar 19 – Mar 23 8:00 to 12:30**



Name \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 Current School \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_  
 Grade in 2017-2018 \_\_\_\_\_  
 Home Phone \_\_\_\_\_  
 List of restrictions of treatment \_\_\_\_\_  
 Doctor's Name & Phone Number \_\_\_\_\_

Father's Name: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

Mother's Name: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

Person other than parents we may contact in case of an emergency: 1. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (And may this person pick up your child?) Yes/ No \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Person other than parents we may contact in case of an emergency: 2. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (And may this person pick up your child?) Yes/ No \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

**NAMES OF PEOPLE OTHER THAN YOURSELF WHO MAY PICK YOUR CHILD UP**

Name: \_\_\_\_\_ Relationship to child: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship to child: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship to child: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship to child: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Child may sign him/herself out after 12:30 and Walk/Ride home \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

Is your child on any type of medication? \_\_\_\_\_

Please list any behavioral/medical conditions we should be aware of \_\_\_\_\_

Please list any allergies: \_\_\_\_\_

**We understand that our child must be picked up promptly at the end of the program. There is a late pick-up fee of \$1 per minute. This is an optional program, students with behavior problems will be dropped from the program.**

**Parent/Guardian must sign before enrollment is possible.**

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Lunch (\$2.95) will be available (If eligible, Free & Reduced prices continue through Intersession also). The day will have components of academics, enrichment and recreation. **Registration:** Pre-register with your After School Program Coordinator or home school office personnel for Intersession.

PERMISSION FOR SCHOOL-SPONSORED VOLUNTARY ACTIVITY  
AND CONSENT TO MEDICAL TREATMENT - MINOR

★ Please complete and return form to: Chico Junior High SCHOOL

☒ (Name of Child) \_\_\_\_\_ has my permission to participate in the

voluntary activity of Spring Camp

DESTINATION Pageant Theater, Bird in Hand, Chico Museum, Downtown Chico, Citrus

DATE 3/19 TIME OF DEPARTURE 8:00 am DATE/TIME OF RETURN 3/23 12:30 pm

TRIP SUPERVISOR Kalyn Quak, Aurora Soto, Jorge Salas, Alex Erwin

MEANS OF TRANSPORTATION: (Please check one)

- District-owned vehicle
- Commercial (Name of company) \_\_\_\_\_
- Walking Other (Specify) \_\_\_\_\_

NOTE: It is fully understood that CUSD is in no way responsible, nor does CUSD assume liability, for any injuries or losses resulting from non-CUSD sponsored transportation, although CUSD may assist in coordinating the transportation and/or recommend travel time, routes, or caravanning to or from this event, it is not mandatory. Driver is not driving on behalf of nor is an agent of CUSD.

AS STATED IN CALIFORNIA EDUCATION CODE SECTION 35330, I understand that I hold Chico Unified School District, its elected or appointed officials, employees, agents, and volunteers harmless from any and all liability or claims, which may arise out of or in connection with my child's participation in this activity.

I FULLY UNDERSTAND that participants are to abide by all rules and regulations governing conduct during the trip. Any violation of these rules and regulations may result in that individual being sent home at the expense of his/her parent/guardian.

IN THE EVENT OF ILLNESS OR INJURY, I do hereby consent to whatever x-ray, examination, anesthetic, medical, surgical or dental diagnosis or treatment and hospital care are considered necessary in the best judgment of the attending physician, surgeon, or dentist and performed by or under the supervision of a member of the medical staff of the hospital or facility furnishing medical or dental services.

A SPECIAL NOTE TO PARENT/GUARDIAN: (1) If any medication or drugs are to be taken by student, such medications must be listed below. (2) All drugs must be kept and distributed by the staff. (Name of drug and reason)

★ IMPORTANT MEDICAL INFORMATION THE SUPERVISOR SHOULD KNOW: \_\_\_\_\_

Date of Last Tetanus Toxoid Booster \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

EMERGENCY TELEPHONE NUMBER: \_\_\_\_\_  Home  Work  Cell

Medical Insurance Carrier \_\_\_\_\_ Policy No. \_\_\_\_\_



**Chico Junior High School 2017-2018**  
**BLAST 21<sup>st</sup> CCLC-Intersession 6th - 8th Grado**  
**19 al 23 de Marzo 8:00 to 12:30**



Nombre \_\_\_\_\_ # de ID \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Escuela a la que asiste \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Grado en 2017-2018 \_\_\_\_\_  
 # de teléfono \_\_\_\_\_  
 Lista de restricciones de tratamiento \_\_\_\_\_  
 Nombre de Doctor Y su Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Persona aparte de los padres a quien/es podemos contactar en caso de emergencia: 1. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

¿Usted da a esta persona el permiso para recoger a su niño? Si/No \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Persona aparte de los padres a quien/es podemos contactar en caso de emergencia: 2. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

¿Usted da a esta persona el permiso para recoger a su niño? Si/No \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**NOMBRES DE PERSONAS APARTE DE USTED MISMO/A QUE PUEDEN RECOGER A SU HIJO/A**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Mi hijo puede firmar y salir a sí mismo después de las 12:30 p.m. y caminar de pie o paseo a su casa \_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no

¿Está recibiendo su hijo/a algún tipo de medicamento? \_\_\_\_\_

Por favor haga una lista de cualquier condición de comportamiento/médico del cual debemos estar enterados.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor liste cualquier alergia: \_\_\_\_\_

**Comprendemos que nuestro hijo/a debe ser recogido/a prontamente después del final del programa. Hay otro pick-up de pago de \$ 1 por minuto. Este programa es opcional; estudiantes con problemas de comportamiento serán dados de baja del programa**

**Padre/Guardian deben firmar antes de que matriculación sea posible.**

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Almuerzo (\$2.95) serán disponibles (si son elegibles, Gratis Y precios Reducidos continuarán hasta la escuela de Intersession).  
 Matriculación: Pre-matriculación en la oficina de su escuela de residencia para la escuela de Intersession

**PERMISO DE PADRES PARA EXCURSION DE LA ESCUELA Y TRATAMIENTO MEDICO**

Por favor, llene la parte de arriba y abajo de esta forma. Escuela Chico Junior High

★ (Nombre de estudiante) \_\_\_\_\_ tiene la oportunidad a participar en una actividad de la escuela que va a ser fuera de la escuela. Si usted está de acuerdo con los arreglos, por favor firme abajo y devuelva esta forma al supervisor de esta actividad.

Tipo de actividad Spring Camp

Destino Paguant Theater, Bird in Hand, Chico Museum, Downtown Chico, Citrus Elementary

Fecha 3/19 Hora de partida 8:00 am Hora/Fecha de regreso 3/23 12:30 pm

Supervisor de la actividad Kalyn Quok, Aurora Soto, Jorge Salas, Alex Erwin

Modo de transportación: (Supervisor, por favor marque)

A. Por ómnibus del distrito: \_\_\_\_\_

B. Por ómnibus (Nombre de la compañía): \_\_\_\_\_

Ⓒ Otro (especifique): Walking

Yo entiendo el tipo de actividad en que mi hijo(a) va a participar y se espera que él(ella) va a obedecer todas las reglas de la escuela durante esta actividad.

Yo entiendo que según el codo de educación 44808, el distrito es obligado y responsable por la conducta y la seguridad de mi hijo(a) solamente cuando está bajo la supervisión directa del empleado del distrito.

Yo le doy permiso a mi hijo(a) a participar en la actividad nombrada arriba.

También estoy de acuerdo que en el evento de un accidente, enfermedad u otras circunstancias que se requiere atención médica, este tratamiento puede obtener para mi hijo(a) sin obligación monetaria al distrito.

★ Fecha \_\_\_\_\_ Firma de Padre/Guardián \_\_\_\_\_

INFORMACION MEDICA QUE EL SUPERVISOR DE LA ACTIVIDAD DEBE SABER \_\_\_\_\_

NUMEROS DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_

**EL(LA) ACOMPAÑADOR(A) DEBE GUARDAR ESTA FORMA DURANTE LA ACTIVIDAD  
(THIS FORM SHOULD BE KEPT BY THE CHAPERONE DURING THE ACTIVITY)**

(Por favor, llene lo de abajo)

**AUTORIZACION PARA TRATAR A UN MENOR DE ADAD**

Yo(Nosotros) los padres que firman abajo o guardianes legales de \_\_\_\_\_, un menor de edad, aquí autorizamos y damos permiso a que tomen radiografías, exámenes, darle anestésico, diagnósticos médicos y quirúrgicos, tratamiento y cuidado de emergencia en hospital si es recomendable y administrado por miembros del hospital que sean licenciados bajo las provisiones de la acta de medicina y que sean miembros del hospital quienes tengan licencias válidas para operar un hospital del Departamento de Salud del Estado de California. Es entendido que harán esfuerzos de notificar a los firmantes antes de tratar al paciente pero el tratamiento necesario se les dará aunque los firmantes no se encuentren. Esta autorización es dada bajo las proviciones de la ley civil de California 25.8

★ Fecha \_\_\_\_\_ Firma de \_\_\_\_\_  
Padre y/o Madre, o Guardián

Alergia a drogas o comidas \_\_\_\_\_

Fecha de la última vacuna de Tétano \_\_\_\_\_

<b>Spring Camp Schedule 2018</b>			Activities May Go Longer		
	<b>8:00-8:15</b>	<b>8:15 - 9:00</b>	<b>9:00 - 10:30</b>	<b>10:30 - 12:00</b>	<b>12:00 - 12:30</b>
<b>Monday</b>					
	Check In	Whole Group Activity	Soccer/Basketball - Salas	Movie - Coco	Lunch
		Fuego - Card Game	Arts and Crafts - Soto		
<b>Tuesday</b>					
	Check In	Whole Group Activity	<b>Field Trip - Bird in Hand</b>	Card Games - Salas	Lunch
		Plan Activities for Citrus Visit	Yo-Yo Camp	Tie-Dye Shirts - Soto	
<b>Wednesday</b>					
	Check In	Snack Run	<b>Field Trip - Pageant Theater</b>	At theater till 11:30	Lunch
		711	Movie - Wonder	Plan Activities for Citrus Visit	
<b>Thursday</b>					
	Check In	Prepare activities/equipment	<b>Field Trip - Citrus Elementary</b>	Cornhole - Erwin	Lunch
				Gameroom - Soto	
<b>Friday</b>					
	Check In	Corn Hole - Erwin	<b>Field Trip - Chico Museum</b>	Movie-Jumanji, Welcome to the Jungle	Lunch
		Game Room - Soto			