Gaithersburg
A CHARACTER COUNTS! CITY

Please return forms to Activity Center!

Fantastic Fridays

ASP
AFTER SCHOOL PROGRAM

For 1st-5th Graders Activity #8006

Fantastic Fridays is a free after school program where students rotate through activities in the gym, art room and outside that consist of planned activities, organized free play, arts and crafts and other fun activities. Snack is provided.

FREE

Time: 3:30-6pm
Location: Gym at Gaithersburg Elementary School
Dates: Fridays, October 11– December 13, 2019
Registration is required to participate and is **LIMITED TO THE FIRST 75** participants

Late fee

$3 for every 10 minutes late will be charged

*We will ONLY notify you if your child is waitlisted. Email/call to confirm registration.

If participant fails to attend program more than 3 consecutive weeks without a note or form of communication from the parent, the child may be withdrawn from the program to accommodate students on the waitlist.
*** Return signed form to Activity Center 506 S. Frederick Ave Gaithersburg, MD 20877 ***
Or fax to: 301-948-8364

Questions? *Contact Rachel Tailby at* ***301-258-6350*** *or* ***rachel.tailby@gaithersburgmd.gov***

□ Check here if new address/phone since last time registered. City Resident □ Nonresident □
Parent's Last Name_____ Parent's First Name_____
Address _____ APT _____ City/State/Zip_____
Home Phone # _____Cell Phone # _____Work Phone # _____
Emergency Contact Name (other than parent) _____Emergency Contact # _____
Email _____

Participant's Name	Sex	Birthdate M/D/Y	Activity Name	Grade	School
			Fantastic Fridays		Gaithersburg
			Fantastic Fridays		Gaithersburg

∗ Child(ren) will: WALK HOME ALONE □ BE PICKED UP BY PARENT □

Does your child(ren) have any allergies, medications, or conditions that may affect participation in the program? □ Yes □ No
Please Specify:_____

Describe any physical, psychiatric, behavioral or other concerns for which you will make a special request for a change/adaptation as a reasonable accommodation. The City is committed to making reasonable accommodations as required by the Americans with Disabilities Act and other applicable law. Requests must be requested two weeks prior to the start of the program. Program entry may be delayed/denied if the request does not allow the City sufficient time to consider/arrange the accommodations. _____
_____

I hereby voluntarily wish to attend, and/or grant permission for a family member under my custody or supervision to attend the activity sponsored by the City of Gaithersburg (City). I understand that we do so at our own risk and that I am responsible for the insurance in case of any harm or injury to me and/or the family member. I know, understand, and acknowledge that there are risks associated with the use of City buildings/equipment/personal property and hereby assume any and all risks and hazards associated therewith, and shall be solely responsible for safe and reasonable use. I also understand that I am responsible for making a request for reasonable accommodations under the Americans with Disabilities Act and other applicable law. Furthermore, I understand that although safety precautions will be observed, the City, its employees or agents will not be responsible for any personal property lost by me and/or family member or for any harm or personal injury sustained in the program. I also consent to the City's use of any photographs and/or videotapes made of the program. I understand that all program/activity withdrawals are subject to processing fees and that some programs/activities are non-refundable in accordance with the Department of Parks, Recreation and Culture Withdrawal and Refund Guidelines. I/we agree to follow all facility rules and regulations, including all instructions from any City staff, and understand that I/we may be subject to removal if any rules, regulations or instructions are not followed. If City-provided equipment is used, I/we agree to use it only at the facility where provided and to use it according to any rules, regulations or instructions, and prior to my/our leaving the facility to return it in the same condition as it was when received.

Print Parent/Guardian Name _____

Signature of Parent/Guardian _____

Office Use Only: Activity #8006
Rec'd:_____ Initials _____
W P M F Resident: Y N
Pr: _____ RW _____

Gaithersburg
A CHARACTER COUNTS! CITY

Por favor, entregue formas al Centro de Actividades!

Viernes Fantásticos

ASP
AFTER SCHOOL PROGRAM

Para niños de grados 1-5 Actividad #8006

Viernes Fantásticos es un programa patrocinado por el Departamento de Parques, Recreación, y Cultura de la Cuidad de Gaithersburg. Cada programa consistirá de artes, juegos adentró, y recreación organizada afuera. Se proveerá un bocadillo.

FREE

Horas: 3:30-6pm
Locación: Gimnasio de la Escuela Primeria de Gaithersburg
Fechas: Viernes, el 11 de octubre – 13 de diciembre, 2019

Cargo por demora
Se le cobrará $ 3 por cada 10 minutos que llegue tarde

Se require registración para participar y es **LIMITIDO A LOS PRIMEROS 75** participantes
*Les notificaríamos SOLAMENTE si su hijo(a) esta en la lista de espera. Mande un email/llame para confirmar registración.

Si el participante no asiste al programa más de 3 semanas consecutivas sin una nota o forma de comunicación de los padres, el niño puede ser retirado del programa para acomodar a los estudiantes en la lista de espera.
***devuelva el formulario firmado al Centro de Actividades 506 S. Frederick Ave Gaithersburg, MD 20877 ***
o envía un fax a: 301-948-8364
Preguntas? *Contacta a Rachel Tailby* ***301-258-6350*** *o* ***rachel.tailby@gaithersburgmd.gov***

□ Marca aquí si su dirección esta nuevo desde la ultima vez que registr. Residente de la Ciudad □ No residente □
Apellido del Padre_____ Primer nombre del Padre_____
Dirección_____ Apt _____ Cuidad/Estado/Código Postal_____
de teléfono de la casa_____ # celular_____ # del trabajo _____
Nombre de contacto de emergencia (que no es un padre del niño) _____ Teléfono_____
Email _____

Nombre de participante(s)	Sexo	Fecha de Nacimiento	Actividad	Grado	Escuela
			Viernes Fantásticos		Gaithersburg
			Viernes Fantásticos		Gaithersburg

∗ Niño(s) va(n) a: CAMINAR SOLOS PARA LA CASA □ SER RECOGIDO EN LA ESCUELA □

¿Tiene su niño algunas alergias, medicaciones, o condiciones que podía afectar su participación en el programa? ☐ **Sí** ☐ **No**
Si es sí, por favor explica: _____

Describe preocupaciones físicas, psiquiátricas, comportamientos o otras preocupaciones que tenemos que saber y para lo que pide una solicitud especial para un cambio/adaptación como una acomodación razonable. La Cuidad se compromete a hacer adaptaciones razonables como lo requiere la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y otra ley aplicable. Las solicitudes deben solicitarse dos semanas antes del inicio del programa. La entrada al programa puede retrasarse o denegarse si la solicitud no le da tiempo suficiente a la Ciudad para considerar/organizar las acomodaciones. _____
_____

Por la presente deseo voluntariamente asistir, y / o otorgar permiso para un miembro de la familia bajo mi custodia o supervisión para asistir a la actividad patrocinada por la Ciudad de Gaithersburg (Ciudad). Entiendo que lo hacemos bajo nuestros propios riesgo y que soy responsable del seguro en caso de cualquier daño o lesión a mí y / o un miembro de la familia. Yo se, entiendo, reconozco que existan riesgos asociados con el uso de los edificios/equipos/propiedad personal de la Ciudad y por este medio asumo todos y cada uno de los riesgos y peligros asociados con ellos, y yo será el único responsable del uso seguro y razonable. También entiendo que soy responsable de hacer una solicitud de adaptaciones razonables bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y otra ley aplicable. Además, entiendo que aunque se observarán precauciones de seguridad, la Ciudad, sus empleados o agentes no serán responsables de ningúna propiedad personal perdida por mí y / o familiar o por cualquier daño o lesión personal sufrido en el programa. También doy mi consentimiento para el uso por parte de la Ciudad de cualquier fotografía y/o cinta de video hecha del programa. Entiendo que todos los retiros de programas/actividades están sujetos a cargos de procesamiento y que algunos programas/actividades no son reembolsables de acuerdo con el Departamento de Parques, Recreación y Cultura de Retiro y Pautas de Reembolso. Yo/nosotros esta(mos) de acuerdo en seguir todas las reglas y regulaciones de la instalación, incluidas todas las instrucciones de cualquier personal de la Ciudad, y entendemos que yo/nosotros podemos estar sujetos a remoción si no se cumplan con las reglas, regulaciones o instrucciones. Si se utiliza el equipo proporcionado por la Ciudad, yo/nosotros estamos de acuerdo utilizarlo solo en la instalación donde se proporciona y utilizarlo de acuerdo con las reglas, regulaciones o instrucciones, y antes de que yo/nostros salimos de la instalación para devolverlo en las mismas condiciones que estaba cuando lo recibimos.

Imprimir Nombre de Padre/Guardián: _____

Firma de Padre/Guardián: _____

Office Use Only: Activity #8006
Rec'd:_____ Initials _____
W P M F Resident: Y N
Pr: _____ RW _____