



Promise South Salt Lake

Registración al Programas de Verano 2023

Nombre del Estudiante (Primer Nombre, Apellido)				Guardian/Padre	Genero	Numero de Teléfono	Texto?
Nombre Preferido del Estudiante (si es diferente)							
Fecha de Nacimiento	# de Estudiante	Edad	Genero	Persona autorizada para recoger al niño/a (aparte de aquellos en la lista de arriba): *Todas la personas que recogen niños/as de la escuela se les pedirá identificación adecuada*			
Escuela		Grado en el próximo año escolar		Relación con el estudiante	Numero de Teléfono	Relación con el estudiante	
Dirección			Apt#				
Hermanos y sus Grados							
Correo Electrónico del Guardian				Idioma/s hablado en casa			

Información Médica	Si/No	Especificar
Alergias		
Necesidades Nutricionales		
Medicamentos		
IEP o 504		
Algún otra necesidad médica o información que necesitemos saber:		

Marque todos los que apliquen. Esta información es voluntaria no es requerido responder.	
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/Asiático Americano <input type="checkbox"/> Moreno/Africano/Afroamericano <input type="checkbox"/> Latino/a <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Medio Oriente <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano Mi hijo recibe almuerzo gratis o a precio reducido. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
País de Origen:	Estatus de Refugiado: S / N

Si usted está de acuerdo con las siguientes declaraciones, por favor de poner iniciales/chechar

- _____ **Prensa:** Doy permiso para que mi hijo sea entrevistado, encuestado, fotografiado o grabado en video durante las actividades de Promise South Salt Lake, todas las cuales podrían usarse para la evaluación del programa, publicación promocional o fines educativos.
- _____ **Caminar a Casa:** Le doy permiso a mi hijo a caminar a casa desde las locaciones de los Programas.
- _____ **Paseos:** Yo doy permiso para que mi hijo participe en los paseos.
- _____ **Precauciones de Salud Comunitaria:** Entiendo que mi hijo no puede asistir al programa si tiene síntomas de enfermedades transmisibles, si tiene un resultado positivo de COVID-19, o si está expuesto a alguien que tenga un resultado positivo de COVID-19. Informaré al personal de Promise sobre la exposición a COVID-19 en mi hogar y cooperaré en cualquier rastreo de contacto necesario.
- _____ **Avisos por Correo Electrónico:** Doy permiso para que la ciudad de South Salt Lake y Promise SSL usen CivicPlus y envíen actualizaciones e información por correo electrónico.
- S / N Educación Temprana:** Tengo un hijo de 0 a 4 años y me gustaría recibir información de los socios de educación temprana.
- S / N Interés de Ser Voluntario:** Alguien en mi familia está interesado en conocer las oportunidades de voluntariado en los programas Promise.

Responsabilidad/Autorización Médica y Permiso para Participar

Entiendo que cualquier interacción con el público en general presenta un riesgo elevado de estar expuesto al COVID-19 y otras enfermedades transmisibles. Si bien Promise South Salt Lake sigue las pautas de los funcionarios locales de salud pública y cuidado de niños y toma precauciones para promover la salud y la seguridad de los participantes y el personal del programa, Promise South Salt Lake no puede garantizar que los jóvenes no estarán expuestos mientras participan en los programas de Promise. En consideración a la aceptación de mi solicitud/solicitud para participar en los Programas de Promise South Salt Lake, por la presente renuncio, exonerado y descargo todas y cada una de las reclamaciones por daños de muerte, lesiones personales o daños a la propiedad que yo y/o mi hijo(a) puede tener, o que en adelante pueda acumularse como resultado de la participación en dichos programas. Se entiende que algunos programas/actividades implican un elemento de riesgo o peligro de accidentes, y conociendo esos riesgos, por la presente asumo esos riesgos. Se entiende y acuerda además que esta renuncia, liberación y asunción de riesgo es obligatoria para mis herederos y cesionarios. He leído y entendido la liberación de la responsabilidad de renuncia, y la firmo voluntariamente. Por la presente doy a la Promise South Salt Lake el derecho de prestar ayuda y aplicar tratamiento médico de emergencia a mí mismo y/o a mi hijo(a) en caso de accidente o lesión, según lo consideren necesario. Además, en caso de emergencia o enfermedad grave, cuando no puedo ser contactado inmediatamente, por la presente autorizo a Promise South Salt Lake a obtener atención médica de emergencia y / o proporcionar transporte médico. Autorizo todo tratamiento médico y quirúrgico, radiografía, laboratorio, anestesia y otros procedimientos médicos y / o hospitalarios que pueda ser realizado o prescrito por el médico y / o paramédicos para mi hijo y renuncio a mi derecho al consentimiento informado del tratamiento. Las estipulaciones de financiación requieren que Promise South Salt Lake participe en evaluaciones continuas, lo que incluye compartir datos de los estudiantes, incluido el nombre de su hijo, el número de estudiante y la participación en el programa con evaluadores, incluidos la Junta de Educación del Estado de Utah, 21st Century, y el Departamento de Servicios Laborales. Los evaluadores utilizan estos datos solo con el fin de cumplir con las obligaciones de la subsidio y no comparten estos datos con terceros sin su consentimiento por escrito.

Firma del Guardián/Padre

Fecha