



Formulario de registro de participantes juveniles de verano

Sitio: _____

Dejarlo(a) temprano

Recogerlo(a) tard

Ambos

Apellido	Nombre	MI	Fecha de nacimiento	Edad	Número de ID del estudiante

Marque una opción para cada uno.

Género: Masculino Femenino

Dirección: _____

Código postal: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Nombre del maestro o de la maestra: _____

Nombre del profesor o de la profesora de matemática: _____

Nombre del profesor o de la profesora de inglés: _____

Marque esta casilla si desea solicitar una exención de honorarios.

Vive con: Ambos padres Padre (padre solo) Familia de acogida Abuelo(a)s

Tutor(a) legal Custodia compartida Madre (madre sola) Otro: _____

Transporte: Bus: Ruta: _____ Bus/van de CLC Recogerlo Camina a casa Otro: _____

Necesidades especiales (alergias, medicación, dieta, etc.): _____

Etnia:

Afroamericano(a)

Asiático(a)

Blanco(a)

Hispano(a)

Nativo(a)

americano(a)

Hawaiano(a)

nativo(a) o de otra Isla

del Pacífico

Otra: _____

Lengua de preferencia:

Inglés

Español

Birmano

Karen

Rohinyá

Árabe

Hmong

Somalí

Otra: _____

Apellido de madre, padre o tutor(a) legal	Nombre	Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	Relación

CONTACTOS ADICIONALES: Lista de contactos adicionales para el niño o los niños. Utilice las casillas para indicar si los individuos están autorizados a recoger al niño o a los niños y/o si serán contactos de emergencia. Si marca la casilla «Viven juntos(as)», indica que la persona en la lista vive en el mismo hogar que ustedes. Si no hay ningún adulto en la lista, y no marcó ninguna casilla, SOLO MADRE, PADRE O TUTOR(A) LEGAL PODRÁ recoger al estudiante o a los estudiantes.

Apellido	Nombre	Dirección	Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	Relación	¿Recoge al estudiante?	¿Contacto de emergencia?	¿Viven juntos(as)?

[] Marque la casilla si hay restricciones legales vigentes. Lista de personas que no tienen permitido ver a un estudiante en el sitio y/o personas que no tienen permitido recogerlos por restricciones legales.

Apellido	Nombre	Apellido	Nombre

Autorización de madre, padre o tutor(a) legal para el Summer Recreation Program (SRP) - Lea con atención -

AUTORIZACIÓN: Por la presente autorizo que mi hijo(a) y yo participemos del Summer Recreation Program (SRP) ya mencionado. En caso de alguna lesión requiera atención médica, por la presente autorizo que el personal de SRP (incluso voluntarios) se ocupen de mi hijo(a) o de mi, incluso para buscar atención médica.

RENUNCIA: Reconozco o reconocemos que situaciones y problemas imprevistos pueden surgir durante las actividades de SRP que razonablemente no están bajo el control del personal de SRP (incluso voluntarios). Por lo tanto, aceptamos eximir de toda responsabilidad a la Junta de directores escolares de Milwaukee, sus agentes, oficiales, empleados y voluntarios, de cualquier responsabilidad, demanda, acción judicial, juicio, costo, interés y gasto (incluso los honorarios y costos de abogados) que surjan a partir de dichas actividades, incluso un accidente o lesión que me afecte a mi mismo(a) o a mi hijo(a) y los costos de los servicios médicos.

DIVULGACIÓN/PUBLICACIÓN DE IMÁGENES: Entiendo, como madre, padre o tutor legal del niño o de la niña mencionado(a), que, en ocasiones, los medios de noticias a nivel local y nacional y/o organizaciones sin fines de lucro se asocian a las Escuelas Públicas de Milwaukee (MPS) y solicitan filmar, sacar fotografías y/o entrevistar a los niños de SRP y MPS. Al firmar esta autorización, también permito que MPS utilice fotografías, diapositivas, imágenes digitales u otras reproducciones mías o de mi hijo(a) menor o materiales de mi propiedad o de mi hijo(a), y que publiquen las fotografías, diapositivas o imágenes finales sin compensación en emisiones, publicaciones, en la web u otros medios impresos o electrónicos relacionados con el papel y la función de SRP. Entiendo que al firmar, en nombre de mi hijo(a) y de mi mismo(a), libero a MPS y a sus directores, oficiales, empleados y agentes de futuras demandas, al igual que de cualquier responsabilidad que surja a partir del uso de fotografías u otras imágenes. Este formulario será válido durante el presente programa SRP. También autorizo que el programa de SRP y MPS (en conjunto) compartan los registros de los participantes entre ellos para propósitos de apoyo educativo y de asistencia. Además, entiendo que es probable que SRP utilice los registros de los participantes para evaluar el progreso y la mejora individual y para evaluar el impacto general del programa para continuar obteniendo financiamiento para el programa.

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y QUE COMPRENDO LA INFORMACIÓN DE ESTE DOCUMENTO:

FIRMA DEL PARTICIPANTE O FIRMA DE TUTOR(A) SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE 18 AÑOS: Firma: _____ Fecha: _____

OFFICE ONLY	USE	Site #:	Bus #:	Date entered in computer: ____ / ____ / ____	Data Staff Initials:
-------------	-----	---------	--------	--	----------------------