



# Promise South Salt Lake

## Programas de Verano 2019 Aplicación de Jóvenes

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

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

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"/> Hispano
<input type="checkbox"/> Asiático/Asiático Americano	<input type="checkbox"/> No-Hispano
<input type="checkbox"/> Moreno/Africano/Afroamericano	
<input type="checkbox"/> Latino/a	
<input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	Mi hijo recibe almuerzo gratis oa precio reducido.
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> Medio Oriente	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____	

Seleccione el programa o los programas que usted está interesado en inscribirse.	
___ <i>¡Ayúdame a elegir el programa más cercano a mi casa!</i>	
<b>Mañana</b> ___ Granite Park Jr. High (3031 S. 200 E. solo jr. high) ___ Escuela Secundaria Utah International (350 E. Baird Cir. solo adolescente) ___ Escuela Primaria Lincoln (3700 S. 450 E. Solo K-6) ___ Escuela Primaria Moss (4399 S. 500 E., Solo K-6 y en junio) ___ Bud Bailey Apartments (3970 S. Main Street, Solo K-6 y en julio)	<b>Tarde</b> ___ Historic Scott School (3280 S. 500 E.) <b>Noche</b> ___ Centro de Commonwealth (2505 S. State Street, solo adolescente) <b>Todo el Día</b> ___ Centro de Colón (2531 S. 400 E.) ___ Centro de Comunidad Central Park (2797 S. 200 E.) ___ Centro de STEM Meadowbrook (3900 S. 250 W.)
Programas de Especialidad	
___ Programa para los Refugiados a GTI	___ Programa de Boxeo PAL
___ Recuperacion de Credito de Cottonwood	___ Equipo de Fútbol - Tallas de Camisa ___ de Zapatos ___

**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.

\_\_\_ **Paseos:** Yo doy permiso para que mi hijo participe en los paseos.

\_\_\_ **Caminar a Casa:** Le doy permiso a mi hijo a caminar a casa desde las locaciones de los Programas.

\_\_\_ **Tarjeta de la Biblioteca:** Yo doy permiso para que Promise South Salt Lake para obtener una tarjeta estudiante de la Biblioteca de Salt Lake County para mi hijo.

**Referral de Early Childhood:** ¿Tiene hijos de 0 a 4 años? **S / N**

En caso que SI, ¿podemos compartir su información con nuestras organizaciones compañeras de Early Childhood? **S / N**

**Responsabilidad/Autorización Médica y Permiso para Participar**

En consideración a la aceptación de mi solicitud/solicitud para participar en los Programas de Promise South Salt Lake, por la presente renuncio, exoneró 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.

\_\_\_\_\_  
Firma del Guardián/Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha