

**Family Network Programa Despues de la Escuela (ASAP)
2017-2018 Formato de Consentimiento e Información de Contactos en caso de Emergencia**

Nombre del Niño (a): _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Sexo: M F

Dirección: _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Escuela a la que atiende: Indian Trail | Lincoln | Oak Terrace | Ravinia | Wayne Thomas | Sherwood | Red Oak

Grado en el año escolar 2017-2018 : _____

Inscrito los (encierre los días): Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes

Madre /Persona Encargada

Padre/Persona Encargada

Nombre
Relación con el Niño (a)
Teléfono de la Casa
Teléfono del lugar de trabajo
Celular
Dirección de Email
Dirección de la Casa
Dirección del lugar de Trabajo
Horas de Trabajo

Guardia Legal: _____ Teléfono de la Casa _____ Celular: _____

Padrastros(M/F) _____ Teléfono de la Casa _____ Celular _____

EMERGENCIA y SUMINISTRO DE INFORMACION: La siguiente información será usada en caso de emergencia y para la información suministrada cuando se recoge al niño(a) diariamente. Nosotros trataremos de notificar a los padres primero. Por favor haga la lista de acuerdo a la prioridad en que cada persona pudiera recoger a su niño (a) durante las horas en que dura el programa. Por favor complete todas las secciones. Contáctenos en caso de cambios y hágalo por escrito. En caso de una enfermedad o accidente serio, los padres serán llamados para que se encuentren con el niño (a) y alguien de nuestro staff en el hospital mas cercano.

El niño (a) **PUEDE** ser dado a (Por favor liste personas diferentes a los padres/ Guardianes o padrastros que ya estén en la información dada anteriormente):

Nombre	Relación con el Niño (a)	Dirección	Teléfono(Casa /Celular)
1.			() ()
2.			() ()
3.			() ()
4.			() ()

El niño (a) **NO** se le puede dar a :

Nombre	Relación con el niño (a)	Dirección	Teléfono
1.			()
2.			()
3.			()

Doy el permiso para que mi niño/a _____ reciba tratamiento medico de emergencia que pudiera incluir, pero que no esta limitado a Primeros Auxilios proporcionados por el staff, Tratamiento proporcionado por Paramédicos, Doctores o por el Hospital Local. Yo entiendo que soy el responsable por los costos en los que se incurran.

Firma

Fecha

Nombre en Letra de Imprenta

Relación con el Niño (a)

Doctor(s) Nombre/Practica: _____ Telefono: _____

Dirección: _____ Hospital Afiliación _____

Odontólogo del Niño/a _____ Teléfono: _____

He informado al director lo antes posible y el personal de toda la información médica y de emergencia relativas a mi hijo/a. Yo doy permiso para que la enfermera de la escuela provea una copia de la información medica de emergencia de mi niño/a. (Por favor en letra imprenta) Nombre de niño/niña: _____

Firma de los Padres: _____ **Fecha** _____

Alergias (Incluya Comida, Medicamentos, Insectos, etc.): _____

Cualquier información de salud Física/Mental que usted crea que nosotros debamos conocer _____

FOTO

Yo doy el Permiso al Programa para después de la Escuela (ASAP) de Family Network para que use la foto de (Nombre del niño/a) _____ o algún otro miembro de la familia (nombre de padres o hermanos) _____ en publicaciones o por publicidad. Yo entiendo que Family Network tiene todos los derechos sobre las fotos.

EXCURSIONES y Salidas a Campo Abierto

Yo/Nosotros autorizamos al Staff o Agentes de ASAP que lleven a mi niño(a) en caminatas, excursiones y paseos en campo abierto. Ellos pudieran viajar en cualquier vehiculo prestado por ASAP. Yo entiendo que recibiré información antes de cualquier salida a campo abierto y que tengo el derecho de rehusar a darle autorización a mi hijo para que haga parte de la salida.

RENUNCIO DE RESPONSABILIDADES POR DAÑOS MENORES

Yo entiendo que el Programa para Después de la Escuela (ASAP) de Family Network presta extrema atención a la seguridad de los niños mientras están atendiendo el programa, por lo tanto no los considero responsable por cualquier clase de accidente que ocurra mientras mi niño(a) este atendiendo el programa. Yo por lo tanto renuncio, libero y descargo al Programa para Después de la Escuela (ASAP) de Family Network y sus representantes de toda clase de reclamos, demandas, accidentes, daños, derechos de acción o causa de acción, ya sea que el mismo sea conocido o desconocido, anticipado o sin anticipar.

Firma

Fecha

Nombre en Letra Imprenta

Relación con el Niño(a)

Firma

Fecha

Nombre en Letra Imprenta

Relación con el Niño(a)

Return to: Bobbie Hinden, ASAP Director
Family Network | 330 Laurel Avenue | Highland Park, IL 60035
Email: bobbie.hinden@family-focus.org | Phone: 847-433-0377 Fax: 847-433-0461