

ADAMS 12 FIVE STAR SCHOOLS CAMPSQL 2020 PERMISSION FORM

TODAS LAS ÁREAS DEBEN SER LLENADAS , SI ALGUNA COSA NO LE APLICA ESCRIBA N/A.

STUDENT INFORMATION	
Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento: Grado: (Circulo) M/F
Dirección:	Ciudad, código postal:
PARENT/GUARDIAN INFORMATION	
Nombre:	Nombre:
Cuál es su Relación con el estudiante:	Cuál es su Relación con el estudiante
Dirección:	Dirección:
Ciudad, código postal:	Ciudad, código postal:
Teléfono de casa:	Teléfono de casa:
Empleador:	Empleador:
Dirección:	Dirección:
Ciudad, código postal:	Ciudad, código postal:
1 ^{er} Numero de Contacto:	1 ^{er} Numero de Contacto:
Teléfono Alternativo:	Teléfono Alternativo:
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:
Primero Persona de contacto encaso de enfermedad o lesión:	
Información de contacto en caso de emergencia (persona distintas de los padres, para ser notificado en caso de emergencia):	
Nombre:	Nombre:
Relación con el estudiante:	Relación con el estudiante:
Dirección:	Dirección:
Ciudad, código postal:	Ciudad, código postal:
Teléfono:	Teléfono:
Teléfono Alternativo:	Teléfono Alternativo:
Autorización para recoger (Nombre de las personas, El otro padre, Persona autorizada):	
Nombre:	Nombre:
Relación al estudiante:	Relación al estudiante:
Teléfono:	Teléfono:
Autorizaciones Prohibidas (Nombre de personas que están Prohibidas de recoger al estudiante):	
Nombre:	Nombre:
Relación con el estudiante:	Relación con el estudiante:
Teléfono:	Teléfono:

FAVOR DE PONER SUS INICIALES EN UNA DE LAS OPCIONES Y LUEGO FIRME ADJUNTO.

____ YO AUTORIZO QUE MI HIJO/A SE DE DEALTO POR SI MISMO Y CAMINE A CASA DESPUES D ESTEM IGNITIÓN.

____ MI HIJO NO TIENE PERMISO DE CAMINAR A CASA. YO LO RECOJERE A LAS 3:30 DESPES DE QUE SALGA DES CampSQL.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

CONSENT FOR EMERGENCY MEDICAL CARE AND SHARING OF INFORMATION

Yo _____ el abajo firmante, un padre o tutor del estudiante nombrado arriba en este documento autoriza a patrocinadores todo el adulto, o cualquier persona adulta responsable teniendo esta autorización por escrito, en cuyo cuidado lo anterior mencionado menor ha sido encomendada, para su consentimiento para cualquier examen de rayos x, anestesia, cuidado médico, quirúrgico de diagnóstico o tratamiento y hospital. Este tipo de atención debe prestarse a dicho menor bajo la supervisión general o especial y con el asesoramiento de un médico, dentista o cirujano con licencia para practicar en el estado de Colorado y dar su consentimiento para cualquier examen de rayos x, anestésico, dental o quirúrgico de diagnóstico o tratamiento y a atención hospitalaria. Además, autorizo a todo programa de campamento, escuela y personal del distrito para intercambiar información relevante sobre mi estudiante. Se entiende que esta autorización se da el programa de campamento para todas las actividades patrocinadas por el programa. Se tomaran todos los esfuerzos para localizar a un padre o tutor antes de tomar cualquier acción. Todos los gastos médicos serán aceptados por los padres/tutores. El programa es absuelto de cualquier responsabilidad por accidentes o lesiones recibidas durante actividades patrocinadas por el programa de cualquier o todas.

Firma autorizada

Fecha

ARREGLO DEL CODIGO DE CONDUCTA PARA ADULTOS Y ESTUDIANTES

Cada persona que entra en programa CampSQL incluyendo el personal del CampSQL, es sujeto de ser modelo de los estudiantes presentes. Como modelos se espera que TODOS demuestren buena ciudadanía cultural, bondad / respeto de todos, comunicación positiva, la resolución de comportamientos, y la consideración adecuada de la propiedad escolar.

Por ley estatal, el tabaco, las drogas y / o el alcohol no son permitidos en propiedad escolar. En caso de cualquier sospecha, la persona (s) involucrada estará sujeta a la remoción de la propiedad.

Todas las Políticas del Distrito y del Superintendente se adhieren y serán aplicadas al programa de CampSQL.

Aunque se hará todo lo posible para resolver un conflicto, reservamos el derecho de suspender cuidado inmediatamente, si el conflicto de un padre/guardián afecta el programa, a un personal o los estudiantes de manera amenazante. Por favor, refiérase al manual escolar para ver los Procedimientos Disciplinarios y políticas dentro del distrito.

Entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con el "Código de Conducta"

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Firma de Estudiante

Fecha

Talla de camisa

S M L XL XXL

Tardanzas, Cerradas inesperadas o Situaciones de Emergencia.

Si usted completan la siguiente sección, que pide números de celular, el programa CampSQL intentara mandar un mensaje de Texto a los padres o tutores para informarles sobre salidas tardes o situaciones de emergencia. Tenga en cuenta que los mensajes de texto normal puede aplicar cobros adicionales, de parte de su proveedor y/o dependiendo de su servicio telefónico y / o área cubierta.

_____ Me gustaría ser contactado a través de un mensaje de texto en mi teléfono móvil si el programa cierra temprano, de forma inesperada, o si hay una situación de emergencia. Entiendo que se me puede cobrar una cuota de parte de mi proveedor de servicio telefónico. También entiendo que este procedimiento sólo será utilizado para las salidas tardes inesperados o situaciones de emergencia relacionadas con el programa.

Nombre Completo: _____

Numero de Celular: _____ Proveedor de Servicio: _____

Programa CampSQL

Política de Recogida Tarde

Los programas de CampSQL, pero todo el programa se terminan a las 3:30 p.m. Si saben antemano que llegara tarde a recoger a su hijo, por favor organice con miembros de la familia o vecino que están en la lista de autorización, para recogerlo/a. Si los estudiantes no son recogidos a tiempo, los estudiantes perderán la oportunidad de asistir a las actividades de CampSQL.

Entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con la política de la "Recogida tarde."

Nombre del Estudiante

Grado

Firma del Padre/Guardián

Fecha



Form para Emergencia Medica

Yo / Nosotros, _____, siendo el Padre/ guardian legal de _____, doy mi consentimiento para tratamiento médico y quirúrgico de emergencia en un hospital autorizado por un médico con licencia, si su condición requiere tratamiento en mi ausencia. Yo / Nosotros entendemos que, en tal caso, se harán intentos razonables de ponerse en contacto conmigo, el tiempo y las condiciones lo permitan.

Siempre y cuando el tratamiento médico o quirúrgico que se considere necesario en la situación esté de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica para el tipo particular de lesión o enfermedad involucrada, no impondré prohibiciones específicas con respecto al tratamiento a menos que se indique aquí estado):

Mi hija / hijo tiene las siguientes condiciones médicas que pueden requerir atención de emergencia:

El Distrito y su personal no pueden dispensar medicamentos sin la dirección escrita del médico del estudiante (estudiante), indicando el nombre del niño, el nombre del medicamento, la dosis y el período para el cual se prescribe el medicamento.

Mi hija / hijo requiere la (s) siguiente (s) medicina (s):

La autorización es para el período de tiempo que comienza el **27 de mayo de 2020** y termina el **29 de mayo de 2020**.

Firma de Padre or Guardian

Fecha

Autorización y Liberación

CenturyLink, Inc. y / o sus subsidiarias y afiliadas (colectivamente, "CenturyLink") están participando con los estudiantes en la Escuela Secundaria Northglenn a través del Programa PTECH CenturyLink (colectivamente, "Programa PTECH CenturyLink"). Como parte de este programa, los empleados de CenturyLink participarán en sesiones educativas con niños menores de 18 años ("Menores") que participan en el Programa PTECH en la Escuela Secundaria Northglenn, en el Campus CenturyLink y en otros eventos relacionados ("Eventos PTECH").

Con la firma a continuación, otorga al CenturyLink los siguientes derechos y permisos:

- Para fotografiarme a mí mismo y / oa cualquier Menor listado en conexión con cualquier Evento de PTECH (resultando así en "Fotografías");
- Para grabar (a través de video y / o audio) yo y / o cualquier Menor listado en cualquier Evento PTECH (lo que resultará en "Grabaciones de Video"); y
- Exhibir, reproducir, crear trabajos derivados, utilizar, difundir y distribuir de cualquier manera tales fotografías y grabaciones de vídeo de cualquier manera pública, incluyendo sin limitación a través de medios públicos, medios sociales, televisión, documentación de marketing, Internet y la intranet de CenturyLink , "Derechos y Permisos")

También otorgo al CenturyLink el derecho ilimitado, libre de regalías y perpetuo y el permiso para otorgar los Derechos y Permisos anteriores a cualquier tercero que participe en el Programa PTECH CenturyLink. Estoy de acuerdo en que los Derechos y Permisos antes mencionados son otorgados hasta que sean revocados por mí en una notificación por escrito al Nivel 3, entregada por correo nocturno a CenturyLink, 1025 Eldorado Blvd., Broomfield, CO 80021 (atención Abogado de Propiedad Intelectual) Y permisos. Al recibir dicha notificación, el CenturyLink terminará el uso de todos los Derechos y Permisos revocados de manera prospectiva dentro de los treinta días.


Firma de los padres

Niños Inscritos

Fecha

PERMISO PARA EXCURSIONES DE ESTUDIANTES – VIAJES DE UN DÍA

Llene los espacios 1 al 8 y haga suficientes copias para todos los estudiantes que participarán en la clase/actividad. Este formulario es para ser usado en excursiones cortas locales y en el área metropolitana. El formulario tiene que ser completado por el personal escolar y firmado por los padres.
Los formularios completados TIENEN que acompañar al maestro/patrocinador en la excursión.

- (1) Escuela Northglenn HS (2) Fecha(s) de la Actividad 27 de mayo de 2020
- (3) Lugar CenturyLink & Front Range Community College
- (4) Período(s) Ausente (si aplica) _____ (5) Grado 9
- (6) Transportación:
- Autobús escolar del Distrito Costo requerido _____
- Carro privado Otras necesidades _____
- Caminando
- Padre/tutor (responsabilidad)
- Transportación comercial
- Otro (especifique) _____
- (7) Otra información: _____ (8)  _____
Firma del maestro/patrocinador

PADRES/TUTORES COMPLETEN LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.

X Nombre del estudiante _____ # de identificación (si aplica) _____

El estudiante y sus padres/tutores deben entender que **el estudiante** es responsable de reponer cualquier tarea que pierda durante esta ausencia.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

1. Entiendo que la excursión descrita arriba será fuera de la propiedad escolar; puede incluir la transportación indicada; y puede incluir actividades más allá de las funciones escolares tradicionales llevadas a cabo en la propiedad del distrito escolar.
2. Eximo a la Junta Educativa, al Distrito Escolar, sus empleados, patrocinadores autorizados y voluntarios de cualquier reclamación que pueda surgir debido a la participación del estudiante en la actividad mencionada a menos que sea causada por acciones por las cuales el Distrito Escolar pudiera ser responsable de acuerdo a la ley de Colorado.
3. Entiendo y otorgo autoridad total al Distrito Escolar para que tome cualquier acción que considere necesaria para cuidar de la salud y el bienestar del estudiante que participa en la excursión, incluyendo, pero no limitado a, consentimiento para cuidado médico de emergencia.

SEGURO - Entiendo que el Distrito Escolar no compra o tiene seguro para cubrir costos médicos, dentales o de hospitalización por lesiones o pérdida de vida de los estudiantes, daño o pérdida de posesiones personales o para indemnizar a padres/tutores por dichos gastos, y que cualquier seguro deseado tiene que ser comprado por los padres/tutores.

CONDUCTA REQUERIDA – Los estudiantes que representan al Adams 12 Five Star Schools en clase, deportes y otras actividades, tienen la responsabilidad de mantener los mismos estándares de conducta que se espera de ellos mientras están en la escuela y estarán sujetos a las mismas consecuencias que tendrían en la escuela si desobedecen tales reglas.

Como padre/tutor del estudiante mencionado arriba, leí la información anterior y otorgo permiso para que él/ella participe en la actividad descrita anteriormente.

X Padre(s)/Tutor(es) _____ Fecha _____

X Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____

Gracias por devolver este formulario prontamente.