



# Formulario de Participación Extracurricular



John F. Kennedy High School está orgulloso de colaborar con City Year, una organización de desarrollo juvenil nacional, para enriquecer aún más las experiencias de aprendizaje de nuestros alumnos. Este formulario solicita su permiso por escrito para que su hijo participe en los programas extracurriculares de City Year. **Le solicitamos que escriba las respuestas en letra de imprenta y las pone en la sala de City Year en cuarto número 310.**

**Nuestro programa se ejecita de lunes y miércoles de 2:50 a 4:00, con ayuda de la tarea y tutoría a los lunes y miércoles.**

Para obtener más información sobre City Year, comuníquese con Hailey Mawhinney a [hmawhinney@cityyear.org](mailto:hmawhinney@cityyear.org) o visita nuestro sitio de web a [www.cityyear.org](http://www.cityyear.org).

---

## INFORMACIÓN SOBRE EL ALUMNO

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono de la Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

---

## INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR

**Nombre del padre/madre/tutor 1:**

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de contacto durante el día/ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de contacto durante la noche: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Nombre del padre/madre/tutor 2:**

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de contacto durante el día/ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de contacto durante la noche: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Qué idiomas se hablan en la casa?

---

## INFORMACIÓN MÉDICA Y DE EMERGENCIA

**Contactos adicionales de emergencia** (además de los padres o tutores)

Nombre: \_\_\_\_\_ \_Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono diurno/ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ \_Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono diurno/ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Complicaciones de salud:** Describa toda condición médica/física de su hijo que el personal de City Year deba conocer.

Alergias: \_\_\_\_\_

Restricciones en la dieta: \_\_\_\_\_

Medicación: \_\_\_\_\_

Limitaciones en las actividades: \_\_\_\_\_

Condiciones de salud crónicas: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales:

**Médico de Cabecera/Pediatra:** \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Compañía aseguradora:** \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

### PERMISO PARA PARTICIPAR

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN, RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Por el presente, yo, \_\_\_\_\_ el padre/la madre/el tutor de \_\_\_\_\_ un/una menor, otorgo mi consentimiento para que participe en proyectos voluntarios, eventos y programas patrocinados u organizados por City Year. Entiendo que él/ella es responsable de su comportamiento y solo llevará a cabo trabajo voluntario o participará en actividades con las que se sienta cómodo/a. Habiendo leído esta renuncia y conociendo estos hechos, y en contraprestación por la aceptación de la participación del/de la menor antes mencionado/a en los proyectos, eventos y programas patrocinados u organizados por City Year, por el presente descargo y eximo de responsabilidad a City Year, los patrocinadores, su personal y todas las personas directa o indirectamente relacionadas con el programa de cualquier proyecto en el que mi hijo/hija trabaje, de toda demanda que pudiera surgir como resultado de los gastos, lesiones personales, pérdidas o daños incurridos por mi hijo/hija durante su participación en el programa de voluntarios de City Year. Comprendo que el personal se encuentra capacitado en primeros auxilios y los autorizo a que le proporcionen primeros auxilios a mi hijo/hija cuando el personal determine que sea apropiado. Comprendo que harán todos los esfuerzos posibles para comunicarse conmigo en caso de que una emergencia requiera atención médica para mi hijo/hija. Sin embargo, si no pueden comunicarse conmigo en caso de que ocurra un accidente o una enfermedad, otorgo a los miembros del personal de City Year la facultad de autorizar un tratamiento médico de emergencia necesario para mi hijo/hija. Si no pueden comunicarse conmigo, además autorizo y otorgo mi consentimiento para la administración de todo examen quirúrgico, dental y médico u operaciones y tratamiento de toda otra atención relacionada, incluida la administración de medicamentos, pruebas, lesiones, anestesia o transfusiones de sangre al/a la menor antes mencionado/a que pueda ser ordenado por el médico o dentista presente en el centro médico, y que sea necesario para el tratamiento de emergencia. Por el presente, acepto eximir de responsabilidad a todo médico o agencia con respecto a los informes médicos y acepto la internación del/de la menor antes mencionado/a.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Padre/Madre/Tutor*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

### PERMISO PARA TOMAR Y UTILIZAR FOTOS Y CITAS

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REPRESENTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES EN PUBLICACIONES

Para promover el servicio nacional y comunitario, City Year depende del uso de fotos y citas de los participantes. Por lo tanto, por el presente, autorizo y le otorgo mi permiso a City Year para usar fotos, películas, imágenes digitales, videos y declaraciones escritas y verbales del participante antes mencionado o su retrato para usos promocionales u otros usos de City Year, estén o no relacionados con el proyecto, el evento, el programa. Reconozco que no recibiré compensación alguna por el uso de dicho material, y por el presente renuncio a todo derecho de recibir dicha compensación.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Padre/Madre/Tutor*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

### Transporte de Participación Extracurricular

John F. Kennedy High School y City Year no suministran el transporte de sus casas después de la participación extracurricular. Pedimos que los padres escogen un tipo de transportación que su niño será llegar a casa después de participación extracurricular. Importante: City Year y Hill campus de las artes y las ciencias no aceptan responsabilidad por los estudiantes en las instalaciones escolares después de la programación de City Year.

Mi niño (por favor, escoge las opciones por su niño)

- será recogido por mí a 4:30 PM
- caminará al casa
- lo hará casa en bicicleta
- tomará el autobús
- otra \_\_\_\_\_

---

Firma del padre o guardián

---

Fecha