

Escuela _____ **Fecha de viaje** _____ **De:** _____ **Hasta:** _____

Líder _____

Información de la salud del estudiante

Apellido del estudiante: _____ **Nombre:** _____

Nombre de Padre/Guarda: _____

Teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Dirección: _____

Médico de familia: _____ Teléfono: _____

Compañía de seguros: _____ # de Identificación _____

Contactos de emergencia: **Nombre:** _____ **Teléfono:** _____

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Historia de Salud: (por favor, marque todos que se apliquen y explíquelos):

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Lentes/Lentes de contacto	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Dolencias de consumición	<input type="checkbox"/> Hemorragias nasales
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Dolencias respiratorios	<input type="checkbox"/> Problemas del oido
<input type="checkbox"/> Ataques epilépticos	<input type="checkbox"/> Sonambulismo	<input type="checkbox"/> Sífilis de pollo
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Eneuresis	<input type="checkbox"/> Otro

Comentarios:

Alergias sabidas (alimento o droga): _____

Restricciones de la dieta: _____

Fecha de la ultima vacuno de tétano: _____

Corte aquí cuando es necesario-----**uToma Nota: 3 firmas requeridas abajo**-----

La autorización de consentir al tratamiento del menor de edad separó temporalmente de su a padres Yo, el infrascrito, el padre o guarda legal de (nombre del niño) _____, un menor de edad, soy familiar con el programa y la naturaleza general de las actividades previstas durante su viaje a Frost Valley YMCA, y al mejor de mi conocimiento la información antedicha está correcta y mi niño/a tiene capaz de participar y el permiso para enganchar a todas las actividades.

Autorizo por la presente (Nombre de escuela) _____, (Líder) _____ como nuestros agente(s) a consentir a cualquier procedimiento de diagnóstico o asistencia médica que se juzgue recomendable por, y debe ser rendida bajo supervisión general o especial de cualquier médico autorizado en el hospital más cercano con las instalaciones apropiadas a lesión/a la enfermedad de mi niño/a. Estoy de acuerdo con la liberación de todos los registros necesario para fines de tratamiento o de seguros médicos. Esta autorización seguirá siendo eficaz hasta (el día después del ultimo día de viaje)
_____ a menos que más pronto esté revocada en la escritura entregada por los agentes dichos.

Firma de Padre/Guarda: _____ **Fecha:** _____

Renuncia del estudiante de la responsabilidad

Acepto por la presente cualesquiera y toda la responsabilidad, y asumo el riesgo de cualesquiera y toda la lesión o daño a mis niños dependientes como resultado de quienes pudo presentarse directamente o indirectamente y/o la participación en el programa de Frost Valley YMCA. Yo por la presente, expresamente, alivio, descargo y sostengo inofensivo de cualquier responsabilidad Frost Valley YMCA y todos los empleados y voluntarios en sus capacidades como representantes del YMCA, a excepción de lesiones causadas intencionalmente o por mala conducta voluntaria. Certifico que soy familiar con el contenido de este forma que he leído y entiendo iguales y que mi intención por firmando este forma que igual esté atando no sólo en mí solamente a mis herederos, administradores, ejecutores, sucesores y los asignos. Este documento puede ser fotocopiada.

Firma de Padre/Guarda: _____ **Fecha:** _____

Estudiante Modelo y Declaración Permiso

Periódicamente, Frost Valley YMCA usa fotos y declaraciones hechas por los participantes en los programas del Frost Valley YMCA para el boletín de noticias, esfuerzos de la obtención de fondos, folletos y artículos sobre Frost Valley YMCA.. Todas las fotos y declaraciones se utilizan con el juicio razonable para los propósitos directamente referentes a las operaciones de Frost Valley YMCA. Este forma firmado da el permiso Frost Valley YMCA del firmante para utilizar las fotos o las declaraciones del participante para los propósitos mencionados anteriormente.

Firma de Padre/Guarda: _____ **Fecha:** _____