

NORTH ROSE-WOLCOTT COUGAR ACADEMY
NOTIFICACIÓN A LOS PADRES/FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____
DIRECCIÓN DEL ESTUDIANTE: _____
NÚMERO DE TELÉFONO DEL ESTUDIANTE: _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: _____
DIRECCIÓN DEL PADRE/TUTOR: _____
NÚMERO DE TELÉFONO DEL PADRE/TUTOR: _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: _____
DIRECCIÓN DEL PADRE/TUTOR: _____
NÚMERO DE TELÉFONO DEL PADRE/TUTOR: _____

En caso de emergencia, puedo comunicarme con yo, el padre/tutor al:

Teléfono de día: (____) _____

Teléfono durante la noche: (____) _____

Teléfono móvil: (____) _____

NOMBRE DEL FAMILIAR CON QUIEN SE PUEDE CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA SI NO SE PUEDE COMUNICAR A UN PADRE/TUTOR: _____

Relación: _____

Número de contacto: (____) _____

____ **(iniciales aqui)** Acepto que en caso de una emergencia o enfermedad, los miembros del personal a cargo del evento/actividades pueden actuar en mi nombre y a mi cargo para obtener tratamiento médico para mi hijo.

____ **(iniciales aqui)** Entiendo que se espera que mi hijo se comporte responsablemente durante los eventos/actividades.

____ **(iniciales aqui)** Entiendo que mi hijo no puede participar en Cougar Academy sin mi permiso expreso por escrito para hacerlo (que doy al firmar este formulario de notificación y consentimiento).

Firma del Padre/Tutor _____ **Fecha** _____

****Al firmar este formulario, doy (nombre del estudiante) _____
mi permiso para participar en la North Rose-Wolcott Cougar Academy****

NORTH ROSE-WOLCOTT

PERMISO PARA TRATAR

Yo/damos permiso para tratamiento médico de emergencia para mi hijo si es necesario, mientras esté bajo la supervisión del personal de North Rose-Wolcott en Cougar Academy. Además, doy/damos permiso para que el personal de North Rose-Wolcott le dé los medicamentos que se enumeran a continuación a mi estudiante durante la duración de la Cougar Academy, si es necesario.

Nombre del estudiante: _____

Número de celular del estudiante: _____

Padre(s)/ Firma(s):

Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Número de celular: _____

Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Número de celular: _____

Dirección de casa: _____

Plan de seguro: _____ Número de grupo: _____

Números de póliza y miembros: _____

Doctor de familia: _____

Número de teléfono: _____

Enumere TODAS las preocupaciones médicas:

Medicamentos/dosis actuales necesarios (sea específico; DEBE completarse el formulario de Autorización para la administración de medicamentos):

Alergias conocidas (especialmente a medicamentos y alimentos):

****Proporcionaremos un almuerzo tipo picnic para los estudiantes y el personal de Cougar Academy el día 2 (consistirá en comidas tradicionales de picnic); Si su hijo no puede comer este almuerzo, la escuela le proporcionará una alternativa basada en las necesidades de alergia enumeradas (arriba).****