

Parent/Guardian Consent Form

Dear Parent/Guardian:

It is with great pleasure that we announce our school has been selected to partner with Communities In Schools (CIS) during the upcoming school year. By bringing a variety of support services and enrichment experiences to the school campus, this partnership will greatly enhance your child's academic experience and overall wellbeing.

By signing this form below, you will be granting permission for your child's participating in the programs and services, and access to the resources, made available through CIS collaborations, as well as agreeing to protect, defend, indemnify and hold CIS and our collaborative partners harmless from and against any claims, demands, actions, suits, judgments, losses, damages, costs or expenses incurred as a result of personal injury, property damage, civil penalties or fines proximately caused in whole or in part by the acts or omissions of CIS or its collaborative partners, employees and agents in conducting its activities under this agreement.

I, _____ do hereby grant permission for my child, _____
(Parent/Guardian Name Printed) (Child Name Printed)

To participate in and access CIS programs, services, and resources from, _____ until
(start date of consent month/year)

_____. I specifically authorize the following:
(End date of consent month/year)

1. My son or daughter's participation in the CIS program for **3 consecutive years** at _____ (school name) as outlined on this consent form.
2. Conducting of interviews, tests, and questionnaires for student or project evaluation purposes;
3. The release of the following confidential information regarding my child to access, track and report student data from the Clark County School District (CCSD) and other partners to CIS including, but not limited to: student identification numbers, school attendance, achievement, and behavior data. Further, I understand that upon the release of said confidential information, it will be shared with qualified professional staff as needed from CIS and its partner organizations and entered into a proprietary, non-HIPPA-conforming, on-line CIS database;
4. Referrals to other collaborative and other partner agencies for specific programs/services;
5. For my son or daughter to be transported on field trips;
6. Provision of wraparound support services including but not limited to clothing assistance, food assistance, career exploration opportunities, case management, life skills training, alternative education programming, mentors, birthday celebrations, service learning opportunities, and transportation assistance;
7. Publicity activities, including interviews, photos and videotaping to promote student success, CIS and its collaborating agencies.

Indicated below are any specific activities in which I do **not** wish my child to participate:

Parent/Guardian Name (printed): _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Phone (home/cell): _____ (work): _____

Emergency Contact Name: _____ Daytime phone: _____



Sitio CIS: _____

CONSENTIMIENTO DE PADRE / GUARDIÁN

Estimado Padre / Guardián:

Es con gran placer de anunciar que nuestra escuela ha sido seleccionada para asociarse con Communities In Schools of Nevada (CIS) durante el próximo año escolar. Al reunir una variedad de servicios de apoyo y experiencias de enriquecimiento en las instalaciones de la escuela, esta asociación mejorará en gran medida las experiencias académicas de su hijo y el bienestar general.

Al firmar este formulario, usted garantiza el permiso para que su hijo/hija pueda participar en los programas y servicios, y el acceso a los recursos, disponibles a través de colaboraciones de CIS, así como acordar para proteger, defender, indemnizar y mantener a CIS y nuestros socios colaboradores en contra de cualquier reclamación, demanda, acciones, juicios, pérdidas, daños, costos o gastos incurridos como resultado de lesiones personales, daños a la propiedad, sanciones civiles o multas causadas directamente en su totalidad o en parte, por los actos u omisiones de CIS o sus socios colaboradores, empleados y agentes en la realización de sus actividades en virtud del presente acuerdo.

Yo, _____ concedo permiso que mi hijo/a, _____
(Nombre del Padre/Guardián letra de molde) (Nombre del Niño/a letra de molde)

participe en el Programa de CIS y que el programa pueda proveer acceso a programas, servicios y recursos de las siguientes fecha

_____ hasta _____ . Yo específicamente autorizo
(fecha de inicio de consentimiento Mes/Año) (fecha final de consentimiento Mes/Año)

lo siguiente:

1. La participación de mi hijo/a por 3 años consecutivos en el Programa de CIS _____
(nombre de la escuela) notada en este formulario de consentimiento.
2. Realización de entrevistas, pruebas y cuestionarios para los propósitos de los estudiantes o de evaluación de proyectos;
3. La divulgación de la siguiente información confidencial para reportar los datos escolares de mi hijo/hija con respecto al Distrito Escolar del Condado de Clark (CCSD) y otros asociados de CIS, incluyendo, pero no limitado a: el número de estudiantes de identificación, asistencia a la escuela, logro, y los datos de comportamiento. Además, entiendo que después de la liberación de dicha información confidencial, será compartida con el personal profesional calificado como sea necesaria de CIS y sus organizaciones asociadas y entró en una base de datos propia, no HIPPA conforme, línea sobre CIS;
4. Las remisiones a otros colaboradores asociados, programas o servicios específicos de otras agencias;
5. Para mi hijo o hija para ser transportados en las excursiones;
6. Prestación de servicios de apoyo incluyendo pero no limitado a la asistencia de ropa, asistencia alimentaria, oportunidades de exploración de carreras, manejo de casos, entrenamiento en habilidades de vida, programas de educación alternativa, mentores, fiestas de cumpleaños, las oportunidades de aprendizaje de servicio, ayuda con el transporte;
7. Las actividades de publicidad, incluyendo entrevistas, fotos y la grabación en vídeo para promover el éxito del estudiante, CIS y sus agencias colaboradoras.

Indicado debajo cualquier actividad/es específicas en cual no deseo la participación de mi hijo/a:

Nombre del Padre/Guardián(letra de molde): _____

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Teléfono (casa/celular): _____ (trabajo): _____

Nombre del contacto de Emergencia: _____ Teléfono durante el día: _____