2026-2027
Distrito Escolar Unificado de Mt. Diablo Programa de Aprendizaje Ampliado CARES
(Colaboración académico, recreación y enriquecimiento de los estudiantes)
TARJETA DE EMERGENCIA DEL PARTICIPANTE
(POR FAVOR COMPLETE CON LETRA MAYUSCULA Y CLARA)

Nombre Del Estudiante	Apellido	Primero Nombre	Segundo Nombre	Apodo

Domicilió Numero y Calle	Ciudad	Código Postal

Edad	Fecha De Nacimiento	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de teléfono de casa ( )

Nombre de la escuela del niño/a	Grado ☐ IEP ☐ 504	número de identificación del estudiante

Programa- Marque uno:

☐ Bel Air ☐ Cambridge ☐ Delta View ☐ El Dorado ☐ El Monte ☐ Fair Oaks ☐ Gregory Gardens
☐ Hidden Valley ☐ Holbrook ☐ Meadow Homes ☐ Monte Gardens ☐ Oak Grove ☐ Rio Vista
☐ Riverview ☐ Silverwood ☐ Shore Acres ☐ Sun Terrace ☐ Westwood ☐ Woodside ☐ Wren Avenue
☐ Ygnacio Valley Elem. ☐ Mt. Diablo High ☐ Ygnacio Valley High

Al final de programa mi estudiante
☐ Caminara (4to - 8vo grado solamente) ☐ será recogido

Califica este(a) niño(a) para la comida gratis o reducida
☐ Si ☐ No

Nombre de la Madre o guardián Primer Apellido		Nombre del Padre o guardián Primer Apellido	
Domicilió de casa		Domicilió de casa	
Ciudad	Código Postal	Ciudad	Código Postal
Nombre de empleo		Nombre de empleo	
Número de teléfono de casa ( )	Número de teléfono de trabajo	Número de teléfono de casa ( )	Número de teléfono de trabajo
Persona responsable por niño(a)			

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre	Domicilió	Ciudad/Código Postal	Relación	Número de teléfono ( )
Nombre	Domicilió	Ciudad/Código Postal	Relación	Número de teléfono ( )
Nombre	Domicilió	Ciudad/Código Postal	Relación	Número de teléfono ( )

CONTACTO FUERA DEL ESTADO EN CASO DE EMERGENCIA
Favor designe un contacto fuera del estado. Este contacto solo se usara en el caso de que los medios de comunicación en el área de la bahía no funcionen.

Nombre	Relación	Estado	Número de teléfono de casa	Número de teléfono de trabajo ( )

PERSONAS DISTINTAS A LOS PADRES QUE PUEDEN RECOGER AL NIÑO / DEBEN TENER AL MENOS 18 AÑOS CON IDENTIFICACIÓN VÁLIDA

Primer Nombre	Apellido	Relación	Número de teléfono ( )
Primer Nombre	Apellido	Relación	Número de teléfono ( )
Primer Nombre	Apellido	Relación	Número de teléfono ( )

EN CASO DE EMERGENCIA DONDE RECIBE CUIDAD MEDICO O DENTAL

Nombre de doctor			Número de teléfono ( )
Domicilio	Ciudad	Código postal	Número del plan:
Nombre de dentista			Número de teléfono ( )
Domicilio	Ciudad	Código postal	Plan dental:

¿Qué debemos hacer en caso no podemos ponernos en contacto su médico?
☐ Llamar al hospital de emergencia ☐ Otra cosa, Por favor explique:

CUIDAD MEDICO

□ Por Favor marque la cajita si su hijo/a tiene problemas de salud o alergias. Por Favor explique.
¿Tiene alergias a comidas? _____

¿He estado enfermo reciente? □ no □ si De qué? :_____

¿Alergias de abejas? _____

Lista todo medicamentos actualmente tomado: _____

Lista todas reacciones a medicamentos: _____

Autorización cuidado médico o cirugía

Yo autorizo si es necesario para mi hijo(a), al personal médico que fue seleccionado por el personal del programa que provee rayos-x, pruebas de rutina, tratamiento, y trasporte en caso de urgencia y que no se puedan poner en contacto conmigo, yo autorizo al doctor, que el director del programa selecciono, que obtenga y suministre tratamiento médico para mi hijo(a) mencionada arriba.

Transporte

El personal del Mt. Diablo Unified School District tiene mi permiso de dejar que mi hijo(a) que está marcado como un estudiante que camina (solo de 4° a 8° grado) salga del programa a las 5:00PM, que camine, vaya en bicicleta o use transporte público. En cuanto mi hijo(a) deja el programa al final del día, yo estoy de acuerdo que la responsabilidad de mi hijo(a) deja de ser del personal del Mt. Diablo Unified School District.

Fotografías

Su hijo(a) participara en actividades donde muchas veces se les toma fotografías. En ocasiones estas fotos se usan en promociones.

¿Se le puede tomar fotografías a su hijo(a) para promociones?

□Si **□No**

Yo sé que este es un programa público de Mt. Diablo Unified School District y entiendo que no tienen que tener mi consentimiento para usar mi nombre o el de mi hijo(a) menor al igual que la voz, firma, fotografía, o senilidades en noticieros, relaciones públicas, durante la programación de eventos deportivos, en reportajes deportivos, o en campañas políticas según el código civil 3344.

Evaluaciones

Entiendo que el programa de CARES realiza evaluaciones para evaluar la calidad de los programas, yo doy permiso para que mi hijo(a) participe en la evaluación asimismo yo entiendo que la información de mi hijo(a) será confidencial y solamente personas conectadas con la agencia y la evaluación tendrá acceso a dicha información.

Liberación de Responsabilidad

Yo, el/la firmador, certifico que soy el padre/madre o guardián legal del participante. Hasta donde yo sé, mi hijo se encuentra en buena condición física y es plenamente capaz de participar en el programa CARES. Soy consciente de los riesgos y peligros relacionados con la participación en esta clase, incluidas las lesiones físicas o incluso la muerte. Y por lo presente elijo permitir que mi hijo participe en el programa CARES, sabiendo que la actividad física asociada puede ser peligrosa para él/ella. ASUMO VOLUNTARIAMENTE LA RESPONSABILIDAD TOTAL POR CUALQUIER RIESGO O PÉRDIDA, DAÑO A LA PROPIEDAD O LESIÓN PERSONAL, INCLUIDA LA MUERTE, que pueda sufrir mi hijo, o pérdida o daño a mis pertenencias o mi propiedad, como resultado de la participación en el programa CARES. Por la presente LIBERO, RENUNCIO, DESCARGO Y CONVIERTO EN NO DEMANDAR, al Distrito Escolar Unificado de Mt. Diablo, a sus funcionarios, sirvientes, agentes y empleados, y a los INSTRUCTORES ADICIONALES (en adelante, LIBERADOS) de cualquier responsabilidad, reclamo, demanda o acción. Causas de acción que surjan de o estén relacionadas con cualquier pérdida, daño o lesión, incluida la muerte, que pueda sufrir mi hijo, o cualquier propiedad que me pertenezca, mientras participo en una actividad física, o mientras esté en o sobre locales donde se lleva a cabo el programa CARES. Es mi intención expresa que este acuerdo de liberación y exención de responsabilidad vinculará a los miembros de mi familia y a mi cónyuge, si estoy vivo, y a mis herederos, cesionarios y representante personal, si he fallecido, y se considerará una LIBERACIÓN, RENUNCIA, DESCARGO y CONVENIO PARA DEMANDAR a los LIBERADOS mencionados anteriormente. Por la presente acepto además que este acuerdo de exención de responsabilidad se redactará de acuerdo con las leyes del estado de California.
Al firmar este comunicado, reconozco y declaro que HE LEÍDO EL ANTERIOR Acuerdo de Exención de Responsabilidad y LO ENTIENDO Y FIRMO VOLUNTARIAMENTE como mi propio acto y escritura libre; sin representaciones orales, declaraciones o incentivos, aparte de lo anterior por escrito. se han celebrado acuerdos; y EJECUTO ESTA LIBERACIÓN PARA UNA CONSIDERACIÓN PLENA, ADECUADA Y COMPLETA CON LA INTENCIÓN PLENA DE ESTAR OBLIGADO POR EL MISMO.

Firma del Padre o guardián _____ Fetcha: _____

Alguna otra información pertinente:_____

Otros hijos(as) en el programa:

1. Nombre _____ grado _____

2. Nombre _____ grado _____

3. Nombre _____ grado _____

4. Nombre _____ grado_____