

Por favor seleccione el sitio al que Usted desea que su niño(a) asista: June 10 – July 18, 2013



Distrito 129: Hall McCleery

8:30 AM a 2:00 PM de Lunes a Jueves

Esta forma de inscripción y forma de medicación (si aplica) tienen que ser completadas. Este **campamento es gratuito**, sin embargo, el costo total del programa de seis semanas para cada niño es de \$530.00 dólares y una donación monetaria para cada estudiante es apreciada para ayudar a pagar los gastos del campamento, su donación la puede hacer cuando entregue la forma de inscripción en la escuela de su niño(a). Su donación puede ser en efectivo o con cheque pagadero a: Communities In Schools. Gracias de antemano por su generoso apoyo!

- **La fecha límite para regresar la forma(s) es May 24, 2013**
- **REGRESE LAS FORMAS COMPLETAS EN LA OFICINA DE LA ESCUELA DE SU HIJO !**
- **(Necesita completar una forma por separado por cada niño(a) que inscriba.)**
- Formas Incompletas no serán aceptadas para la inscripción.
- Espacio es limitado a 100 participantes por campamento.
- Usted será notificado por correo de la colocación de su niño(a).
- **Abierto para estudiantes de 1^{ero} a 5^o grado actualmente.**

<p>Para uso exclusivo de oficina</p> <p>Numero de estudiantes por familia inscritos: _____</p> <p>Fecha recibida _____</p> <p>Donación recibida \$ _____</p>

Si tiene alguna pregunta sobre el campamento de verano, por favor póngase en contacto con Tina Moore en *Communities In Schools* al teléfono 630-844-3716 o vaya a nuestro sitio Web www.cisaurora.org para más información.

<p>Nombre del niño(a) inscrito <i>(escriba claramente)</i></p>	<p>Apeido del niño(a) inscrito <i>(escriba claramente)</i></p>	<p>Grado actual en la escuela</p>
--	--	-----------------------------------

<p>Masculino o femenino (por favor circule uno)</p>	<p>Fecha de nacimiento _____</p>	<p>Escuela a la que va actualmente _____</p>
---	----------------------------------	--

<p>Origen étnico:</p>	<p>Afro- Americano <input type="checkbox"/></p>	<p>Hispano/Latino <input type="checkbox"/></p>	<p>Blanco/No-Hispano <input type="checkbox"/></p>	<p>Nativo Americano <input type="checkbox"/></p>	<p>Asiatico <input type="checkbox"/></p>
-----------------------	---	--	---	--	--

<p>Nombre completo de otros miembros de la familia inscritos en el campamento y grado actual en la escuela:</p> <p><u>(Necesita completar una forma por separado para cada niño(a) inscrito en el programa)</u></p>

<p>Nombre <i>(escriba claramente)</i></p>	<p>Apeido <i>(escriba claramente)</i></p>	<p>Grado actual en la escuela</p>
<p>Nombre <i>(escriba claramente)</i></p>	<p>Apeido <i>(escriba claramente)</i></p>	<p>Grado actual en la escuela</p>
<p>Nombre <i>(escriba claramente)</i></p>	<p>Apeido <i>(escriba claramente)</i></p>	<p>Grado actual en la escuela</p>
<p>Nombre <i>(escriba claramente)</i></p>	<p>Apeido <i>(escriba claramente)</i></p>	<p>Grado actual en la escuela</p>

<p>Nombre de la madre/guardían <i>(escriba claramente)</i></p>	<p># teléfono de casa _____ # teléfono de trabajo _____</p>	<p>Cell _____</p>
<p>Nombre del padre/guardían <i>(escriba claramente)</i></p>	<p># teléfono de casa _____ # teléfono de trabajo _____</p>	<p>Cell _____</p>
<p>Dirección</p>	<p>Ciudad _____</p>	<p>Zip Code _____</p>

<input type="checkbox"/>	<p>Si, mi hijo(a) participó en el programa gratuito de almuerzo en la escuela durante el año escolar 2012-2013.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Si, mi hijo(a) participó en el programa reducido de almuerzo en la escuela durante el año escolar 2012-2013.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>No, mi hijo(a) no participó en el programa reducido/gratuito de almuerzo en la escuela durante el año escolar 2012-2013.</p>

POR FAVOR COMPLETE LA PARTE DE ATRAS

Contactos de Emergencia Adicionales y otras personas que puedan recoger a mi niño(a)

Nombre	Relación con mi hijo(a)	Número de teléfono (1)	Número de teléfono (2)

Información Médica de Emergencia

En caso de cualquier emergencia médica, el coordinador del programa deberá llamar a:

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Reconozco y es de mi conocimiento que hay ciertos riesgos inherentes de daño físico para los participantes en el Campamento de verano de CIS. Por lo tanto consiento en asumir el riesgo de cualquier herida, daños o pérdida a pesar de lo severo que pudiera ser como resultado de la participación de mi hijo(a) en actividades relacionadas o asociadas con el campamento de verano de CIS, patrocinado por la Ciudad de Aurora y Communities In Schools y su agencias asociadas con este proyecto. Por medio del presente, libero y exhonoró de cualquier cargo, obligación y/o responsabilidad asociada con la participación de mi hijo(a) en el programa de campamento de verano de CIS, Ciudad de Aurora incluyendo y no limitando a sus directivos, oficiales, empleados, y/o agencias asociadas con este programa. Estoy de acuerdo en no demandar a ninguna de las personas y/o entidades mencionadas arriba de cualquier daño o perjuicio que pudiera ocurrir al participar mi hijo(a) en dicho programa.

También doy permiso al personal del campamento de verano de CIS para tomar cualquier acción que sea necesaria en el caso de emergencia médica para y procurar que mi niño(a) reciba la asistencia médica apropiada, como puede ser determinado por el personal de programa, entendiéndolo que cada esfuerzo será hecho para ponerse en contacto con padres/tutores para ejercer la autoridad. Esto es la política de la Junta directiva de CIS para prohibir la discriminación contra cualquier estudiante o personal debido a raza, color, religión, origen nacional, edad, sexo, género, estado civil, o impedimento físico o mental.

Firma de padre/guardian: _____ Fecha: _____

Medicamentos y/o Alergias

Por favor escriba los medicamentos, alergias o cualquier otro problema físico su hijo(a) necesita o tiene.

Medicamento(s)	Alergias	Necesidad(es) Especial

Iniciales	Por favor marque		
	SI	NO	
			Doy mi permiso que mi hijo(a) sea inscrito en el <i>CIS Summer Camp</i> .
			Doy mi permiso para que Communities In Schools use el nombre de mi niño(a), fotografías, escrituras, ilustraciones, etc. para propósito de mercadotecnia/publicidad de las actividades del programa (incluyendo sitios Web), y documentación para evaluaciones.
			Doy mi permiso para que Communities In Schools use el nombre de mi niño(a), fotografías, escrituras, ilustraciones, etc. para propósito de mercadotecnia/publicidad de las actividades del programa incluyendo YouTube, Twitter y Facebook.
			Entiendo que cuando el programa se termine diariamente, recogeré a mi niño(a) puntualmente o mi niño puede ser rechazado del programa si estoy tarde más de tres (3) veces durante las seis semanas del campamento.
			Doy mi permiso a mi niño(a) de participar en todas las actividades y paseos de estudios patrocinados por el campamento de verano de CIS y libero y exhonoró de cualquier cargo, obligación y/o responsabilidad asociada con la participación de mi hijo(a) en el programa de campamento de verano de CIS, Ciudad de Aurora incluyendo y no limitando a sus directivos, oficiales, empleados, y/o agencias asociadas con este programa y estoy de acuerdo en no demandar a ninguna de las personas y/o entidades mencionadas arriba de cualquier daño o perjuicio que pudiera ocurrir al participar mi hijo(a) en paseos y actividades relacionadas con el programa.
			Autorizo al personal del campamento de verano (CIS en colaboración con asociados de la comunidad) para incluir a mi niño(a) en la evaluación del programa de verano. Esta evaluación incluye la adquisición de información como la asistencia y la participación de mi niño(a) en evaluaciones y/o entrevistas. Las evaluaciones o entrevistas son para aprender sobre las experiencias de mi niño(a) en el campamento de verano y sus actitudes y sentimientos sobre el mismo programa. Los informes sobre el programa no identificarán a mi niño. Entiendo que no se requiere que mi niño(a) complete estas encuestas y que él/ella puede dejar de llenar las encuestas en cualquier momento. Entiendo que no experimentaremos ninguna consecuencia negativa si no permito que mi niño(a) participe en la evaluación. Si tengo alguna pregunta sobre la evaluación, puedo llamar al coordinador de estudios, Christina Bruhn en la Universidad de Aurora en (630) 844-5405. Si tengo alguna pregunta sobre los derechos de mi niño como un sujeto de investigación, puedo llamar al Presidente de la Junta de Revisión en la Universidad de Aurora, Jane Davis, en (630) 844-4579 jdavis@aurora.edu.
			Entiendo que el programa seguirá el código de conducta y políticas del distrito escolar y de <i>Communities In Schools</i> .

Communities In Schools no tiene la autoridad para negar a un padre que no tiene la custodia de su hijo(a) sus derechos, pero que tiene completa autoridad para regular sus derechos para ser ejercidos cuando las disputas entre padres sobre la custodia física de un niño(a) durante el programa de verano.

Esto será la política de Communities In Schools de tener un acuerdo por escrito entre padres separados para la aclaración de quien puede o no recoger a un niño(a) del campamento de verano. De ser requerido una orden judicial especificará qué padres pueden o no tener la custodia física.

Nombre del padre/tutor (escriba claramente): _____

Firma del padre/tutor : _____



Communities In Schools Summer Youth Camp Programs

FORMA DE MEDICAMENTO DEL ESTUDIANTE (PADRE/TUTOR)

(REGRESE ESTA FORMA UNICAMENTE SI EL ESTUDIANTE NECESITA AUTO MEDICARSE)

Auto medicación administrada por el estudiante

Communities In Schools permite la auto-administración de medicamentos por el estudiante con asma u otras enfermedades si los padres/guardian(es) proporcionan las siguiente documentación.

1. Autorización escrita, firmada por el padre y/o guardian.
2. Una declaración escrita por el médico del estudiante, asistente médico o enfermera de práctica avanzada que contenga la siguiente información:
 - A. El nombre y el propósito del medicamento;
 - B. La dosis prescrita, y
 - C. El horario y/o las circunstancias especiales en que el medicamento debe ser administrado

.....

Al firmar este documento, el padre/tutor autoriza a “*Communities In Schools*”, permite que su niño(a) autoadministrar la medicación de asma u otra medicación. “*Communities In Schools*” sus empleados y agentes no incurrirán en ninguna responsabilidad, con excepción de la conducta dolosa o sin sentido, que resulta en cualquier perjuicio derivado de la auto-administración de la medicación.

El firmante, siendo el padre y/o guardian del menor, autoriza a “*Communities In Schools*” para permitir que mi niño(a) se autoadministre la medicación para su asma u otro medicamento. Reconozco que “*Communities In Schools*” sus empleados y agentes no incurrirán en ninguna responsabilidad, con excepción de la conducta dolosa o sin sentido, que resulta en cualquier perjuicio derivado de la auto-administración de la medicación. Consiento en indemnizar a “*Communities In Schools*” sus empleados y agentes contra cualquier y todas las reclamaciones basadas en la conducta voluntariosa y disoluta, proviniendo de la autoadministración de medicación por el estudiante.

Nombre del niño _____

Nombre de Padre/Guardian _____

Firma de Padre/Guardian _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Número de teléfono de día _____

Número de teléfono de emergencia _____