



**Por favor seleccione el sitio al que Usted desea que su niño(a) asista: June 17 – July 25, 2013**

**Distrito 131:** ☐ Beaupre ☐ Brady ☐ Gates

**12:00 PM a 3:00 PM de Lunes a Jueves**



☐ Hermes ☐ Oak Park ☐ O'Donnell

Este campamento es gratuito, la forma de inscripción y forma de medicación (si aplica) tienen que ser completadas y regresadas a la oficina de la escuela de su hijo.

- **La fecha límite para regresar la forma(s) es 10 de mayo 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<sup>ero</sup> a 5<sup>o</sup> grado actualmente.**

**Para uso exclusivo de oficina**

Numero de estudiantes por familia inscritos: \_\_\_\_\_

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](http://www.cisaurora.org) para más información.

_____	_____	_____
<b>Nombre del niño(a) inscrito</b> (escriba claramente)	<b>Apeido del niño(a) inscrito</b> (escriba claramente)	<b>Grado actual en la escuela</b>

Masculino o femenino (por favor circule uno)	Fecha de nacimiento _____	Escuela a la que va actualmente _____
Origen étnico:	Afro- Americano <input type="checkbox"/>	Hispano/Latino <input type="checkbox"/>
	Blanco/No-Hispano <input type="checkbox"/>	Nativo Americano <input type="checkbox"/>
		Asiático <input type="checkbox"/>

**Nombre completo de otros miembros de la familia inscritos en el campamento y grado actual en la escuela:**

**(Necesita completar una forma por separado para cada niño(a) inscrito en el programa)**

_____	_____	_____
<b>Nombre</b> (escriba claramente)	<b>Apeido</b> (escriba claramente)	<b>Grado actual en la escuela</b>
_____	_____	_____
<b>Nombre</b> (escriba claramente)	<b>Apeido</b> (escriba claramente)	<b>Grado actual en la escuela</b>
_____	_____	_____
<b>Nombre</b> (escriba claramente)	<b>Apeido</b> (escriba claramente)	<b>Grado actual en la escuela</b>
_____	_____	_____
<b>Nombre</b> (escriba claramente)	<b>Apeido</b> (escriba claramente)	<b>Grado actual en la escuela</b>

_____	# teléfono de casa _____	Cell _____
<b>Nombre de la madre/guardián</b> (escriba claramente)	# teléfono de trabajo _____	
_____	# teléfono de casa _____	Cell _____
<b>Nombre del padre/guardián</b> (escriba claramente)	# teléfono de trabajo _____	
_____	Ciudad _____	Zip Code _____
<b>Dirección</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>Si, mi hijo(a) participó en el <u>programa gratuito de almuerzo</u> en la escuela durante el año escolar 2012-2013.</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Si, mi hijo(a) participó en el <u>programa reducido de almuerzo</u> en la escuela durante el año escolar 2012-2013.</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>No, mi hijo(a) no participó en el <u>programa reducido/gratuito de almuerzo</u> en la escuela durante el año escolar 2012-2013.</b>	

**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:
<p>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.</p> <p>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, entendiendo 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.</p> <p>Firma de padre/guardian: _____ Fecha: _____</p>	

**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

	Por favor marque 		
<u>Iniciales</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	
			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 acerca de su bienestar, comportamiento y sentimientos relacionados al campamento de verano.
			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 voluntaria 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 \_\_\_\_\_