



Communities In Schools/Ciudad de Aurora Summer Programa de Campamento Juvenil



Comunidades en las Escuelas como Tercero Administrador de la Ciudad de Aurora ofrecerá el "Performance and Rhythm" Campamento de Verano 17 jun-11 jul, 2013 Lunes a Jueves 24:30-15:30 en East Aurora High School. Reunión informativa 03 de junio 2013 16:00-17:00 en el Little Theater en East Aurora High School.

"El rendimiento y ritmo" campamento de verano está abierta a los actuales 4 ° - 12 ° grado. El campamento de verano es libre de asistir, sin embargo, el total de cuatro coste del programa la semana por cada niño es \$278.00 dólares y una donación monetaria para cada estudiante se agradece para ayudar a pagar los gastos del campamento, cuando se aplica presentados o enviados a las comunidades en las escuelas, pero no es obligatorio.

Los cheques deben hacerse a nombre de: Communities In Schools.

Gracias de antemano por su apoyo generoso!

- NO DEVUELVA LOS FORMULARIOS A LA ESCUELA!
- Abierto a los actuales 4 ° - 12 ° grado.
- Envíe por correo o entregue los formularios de inscripción y la donación de Jueves, 06 de junio 2013 a las Communities In Schools, 712 S. River St., Aurora IL 60506 o traer a la reunión informativa el 3 de junio en East High School.
- Formas incompletos no serán aceptados para la inscripción.
- Usted será notificado por correo de la colocación de su niño(a).

Nombre del estudiante Apellido del estudiante Actual a la escuela asisten Grado escolar 2011-2012 en

Teléfono de la casa _____ Masculino o Femenino (circule uno) Fecha de nacimiento _____

Origen étnico: Afro- Americano Hispano/Latino Blanco/No-Hispano Nativo Americano Asiatico

Dirección _____ Ciudad _____ Zip Code _____

Nombre de la madre/guardían _____ Teléfono de trabajo _____ Tarde _____ Cell _____

Nombre del padre/guardían _____ Teléfono de trabajo _____ Tarde _____ Cell _____

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 cordinador 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, 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.

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 Performance and Rhythm 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 permiso a mi hijo a participar en todas las actividades y excursiones patrocinadas por el rendimiento de la <i>CIS Performance and Rhythm Summer Camp</i> y estoy de acuerdo en liberar y eximir de responsabilidad ulterior, la ciudad de Aurora, Communities In Schools y sus socios agencias / entidades, incluyendo y no limitado a sus directores, funcionarios, empleados, agencias asociadas en el desempeño <i>CIS Performance and Rhythm Summer Camp</i> por responsabilidad asociada con / mi niño pupilo participación en el rendimiento de la <i>CIS Performance and Rhythm Summer Camp</i> y estoy de acuerdo en no hacer ningún reclamo, demanda o reclamo contra el mencionado agencias / entidades de cualquier lesión o daño sufrido a causa de la participación de mi hijo en las excursiones y actividades relacionadas.
			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 Revision 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 _____