

Sección 1: Programa

Nombre de programa: _____

Fecha(s): _____

Sección 2: Información de Menor

Nombre: _____ Apodo Usado (p.ej.: apodos, nombre elegido): _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Número de Teléfono: _____ - _____ - _____ Otro Número de Teléfono: _____ - _____ - _____

Sección 3: Padres/Guardián Legal/Padres de Crianza Información

Padres/Guardián Legal/Padres de Crianza: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Número de Teléfono: _____ - _____ - _____ Otro Número de Teléfono: _____ - _____ - _____ Ext.: _____

Email: _____

Contactos de Emergencia

1) Nombre: _____ Teléfono: _____ - _____ - _____ Otro Numero de Teléfono: _____ - _____ - _____

2) Nombre: _____ Teléfono: _____ - _____ - _____ Otro Numero de Teléfono: _____ - _____ - _____

Sección 4: Información Medica

¿Es el niño actualmente tratado por un médico por un lesión o enfermedad? Si o No; En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Lista todas las condiciones médicas que deben tenerse en cuenta: _____ _____	Lista todos los medicamentos que se toma actualmente: _____ _____	Lista todas las alergias/estados de salud/preocupaciones: _____ _____
--	---	---

Reacciones a alergias/estados de salud/preocupaciones: _____

Lista los pasos a seguir para adaptarles a esta condición: _____

Sección 5: Transporte (Recoger y Dejar)

Todas las programas deben establecer en procedimiento para la recogida y dejaría de los participantes del programa, especificando de tiempos y lugares. Lo(s) autorizado adulto(s) supervisando la recogida y dejaría de los participantes del programa deben permanecer en el lugar especificado hasta que todos los menores hayan sido liberados.

Como Padres/Guardián Legal/Padres de Crianzas de los menores, yo certifico que he recibido, leído, y entiendo los procedimientos de la recogida, dejaría y transporte proporcionado por el programa. Si hay arreglos especiales, informare al director del programa.

_____	_____	_____
Imprimir Nombre Padres/Guardián Legal/Padres de Crianzas	Firma de Padres/Guardián Legal/Padres de Crianzas	Fecha

Sección 6: Certificado

Como los padres/guardián legal/padres de crianzas del menor, certifico que la información es la más actualizada y correcta según me entiendo que acuerdo con la información como una condición de (Nombre de Menor) _____ participación en Grand Valley State University (GVSU) programa o visita otras actividades relacionadas

Le doy mi permiso a GVSU, St. Mary's Hospital, Spectrum Health Care System, North Ottawa Community Hospital, Metropolitan Health Care System u otros proveedores de atención médica para proporcionar, buscar, obtener, o aprobar mi atención médica de rutina, necesaria o de emergencia durante la participación del menor en los programas de GVSU. Entiendo que esta autorización se otorga antes de cualquier diagnóstico específico, o se requiere tratamiento o atención médica y debe servir como consentimiento específico para cualquier diagnóstico hospitalario que se considere conveniente. Entiendo mis derechos conforme a la Ley de responsabilidad y portabilidad de seguros de salud (HIPAA) y autorizo a GVSU a divulgar la información que sea necesaria para administrar la atención médica del programa.

Reconozco que la participación en el campamento/actividad/visita/o actividades relacionadas implica un riesgo asumido e inherente de lesiones personales. Asumo ese riesgo en nombre del menor de edad y le doy mi permiso para que participe en todas las actividades del programa. Libero y acepto que GVSU, su Junta Directiva, estudiantes y empleados son inocuos de todas las reclamaciones, acciones, daños y responsabilidad por lesiones personales o daños relacionados con o que surjan de cualquier actividad, excepto cuando la lesión o daño se causó por la negligencia grave de los empleados de la universidad. Entiendo que el menor de edad estará sujeto a las reglas y relaciones del GVSU campamento/actividad/visita/o actividades relacionadas. Entiendo que cualquier persona que desobedezca repetidamente las políticas o procedimientos de la universidad será expulsada inmediatamente del programa. GVSU no es responsable por la propiedad perdida o robada.

_____	_____	_____
Imprimir Nombre Padres/Guardián Legal/Padres de Crianzas	Firma de Padres/Guardián Legal/Padres de Crianzas	Fecha

Sección 7: Permiso

_____ tiene mi permiso para participar en _____
(Nombre de Menor) (Programa)

Sección 8: Liberación e Indemnización

He leído toda esta Forma de Liberación para La Programa de Niños Menores y acepto liberar e indemnizar a la universidad, lo entiendo completamente y acepto estar legalmente obligado por ella.

Nombre de Menor (imprimir por favor): _____

_____	_____	_____
Imprimir Nombre Padres/Guardián Legal/Padres de Crianzas	Firma de Padres/Guardián Legal/Padres de Crianzas	Fecha

(Opcional) Liberación para Publicada y Material de Exhibición

Autorizo Grand Valley State University a:

- (a) Grabar la imagen y la voz de mi hijo(a) en video, audio, fotográfico, digital, electrónico o cualquier otro medio.
- (b) Usar el nombre de mi hijo(a) en conexión con estas grabaciones.
- (c) Utilizar, reproducir, exhibir o distribuir en cualquier medio, (p. ej. Publicaciones impresas, cintas de video, CD-ROM, Internet/WWW) estas grabaciones para cualquier propósito que la universidad y aquellas que actúen de conformidad con su autoridad, consideren apropiadas, incluyendo esfuerzos promocionales o publicitarios.

Le doy permiso a GVSU para usar, sin cambios y sin reservas, la imagen de mi hijo(a) en cualquier medio y para cualquier propósito legal, incluida la promoción de la universidad, sus programas y servicios. Renuncio a cualquier derecho de acción que pueda tener y libero a GVSU y sus licenciarios de todos los reclamos que pueda surgir de la imagen de mi hijo(a), incluidos los derechos a demandar por difamación o violación de mis derechos de privacidad y publicidad.

_____	_____
Firma de Padres/Guardián Legal/Padres de Crianzas	Fecha

*La negativa a firmar este parte del formulario de liberación no afecta los derechos de participación del menor de edad.