

Guadalupe Centers
2020 Summer School Program

*Application packet information must be filled out completely and accurately to ensure enrollment into summer programming.
Incomplete applications will not be accepted.

Child's Name: _____ Date of Birth: _____

Child's Address: _____ Male: _____ Female: _____

(Must reside within KCPSD Boundaries)

City/State: _____ Zip: _____ Home Phone: _____

Ethnicity: African American _____ Caucasian _____ Hispanic _____ Asian _____ Native American _____ Other _____

Grade Entering in the **Fall 2020**: _____ School Currently Attending: _____

Mother's Name: _____ Cell/Work Phone No.: _____

Father's Name: _____ Cell/Work Phone No.: _____

PARENT EMAIL: _____

Does child have any allergies? Yes _____ No _____ If Yes, please explain: _____

Is Child Taking Any Medication? Yes _____ No _____ If Yes, please explain: _____

*All daily required medications/supplies must be provided to the summer school nurse before the first day of summer school. Students will not be permitted to stay without all medical supplies described above. _____

Emergency Contact Information:

Name: _____ Phone No.: _____ Relationship: _____

In the event my child (children) incurs bodily injury or some other form of serious illness and if the persons listed above cannot be contacted at the numbers listed above, and immediate first aid, medical or surgical treatment appears necessary regarding such injury or illness, then I hereby authorize management staff to act on my behalf, rendering first aid and/or arranging for my child's (children) transportation and admission to a hospital. I hereby authorize and hold harmless Guadalupe Centers, Guadalupe Educational System, and said representatives thereof, said hospital (and its employees or agents), and said physician from any claim or losses whatever arising out of the foregoing.

I have received, read, and agree to all information contained within the GC Summer School Program 2020 Parent Handbook.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Summer School Site Location: Choose One ONLY (no transportation provided)

WESTSIDE (Guadalupe Centers Middle School) _____
2641 Belleview Ave, KCMO 64108 _____

VILLA (Guadalupe Centers Elementary School) _____
5123 Truman Rd, KCMO 64127 _____

T-Shirt Size:

Youth: XS S M L XL

Adult: XS S M L XL

Office Use Only

Checklist Complete: _____

Date Approved: _____

Staff Initials: _____

**Guadalupe Centers
2020 Summer School Program
Emergency Contact/
Authorization for Pick-up Form**

All information provided below must be accurate and current

In the event of an emergency involving my child

-----,

Child's Name

please contact the following persons in the order listed below:

Parent/Guardian Name: _____ Relationship to child _____

Address: _____ City, State, Zip Code _____

Home Phone: _____ Work or other #: _____

Name: _____ Relationship to child _____

Address: _____ City, State, Zip Code _____

Home Phone: _____ Work or other #: _____

Name: _____ Relationship to child _____

Address: _____ City, State, Zip Code _____

Home Phone: _____ Work or other #: _____

Name: _____ Relationship to child _____

Address: _____ City, State, Zip Code _____

Home Phone: _____ Work or other #: _____

*I authorize the above mentioned individuals to pick up my child from GC Summer School Program. Guadalupe Centers, its employees, and agents may rely on this authorization at all times.

Parent/guardian signature

Please Print Name

Note: Please include area code on all phone numbers.

Field Trip/Swimming Permission Slip

Parent/Guardian Permission Slip and Liability Waiver for Field Trip

I, _____ request that my child, _____,
Parent/Guardian Child's Name

participate in any and all field trips/class outings planned for the 2020 Guadalupe Centers Summer Program.

I understand that as a parent/legal guardian, I remain legally responsible for any personal actions taken by the above named participant. I further agree that I will instruct my child regarding swimming and pool safety and direct my child to avoid horseplay or risky behavior that may harm my child or another person.

I agree on behalf of myself, my child named herein, our heirs, successors and assigns to hold harmless and defend the Guadalupe Centers, Guadalupe Educational System, its officers, employees, volunteers, chaperones, agents and representatives associated with these activities, its parent corporation, subsidiary, or affiliates, from any claim arising from or in connection with my child attending the activity or in connection with any illness or injury (including death) or cost of medical treatment resulting from the activity; and further, I agree to compensate the Guadalupe Centers, Guadalupe Educational System its officers, employees, volunteers, chaperones, agents and representatives associated with these activities for reasonable attorney's fees and expenses which may be incurred in any action brought against them as a result of such injury or damage, unless such claim arises from the actual negligence of the Guadalupe Centers or Guadalupe Educational System. To the best of my knowledge, my child is in good health and is physically able to participate in these activities. I assume all responsibility for the health of my child.

Signature: _____ Date: _____

**Guadalupe Centers
2020 Summer School Program**

Authorization to Dispense Medication

Date: _____

I, _____ authorize the site coordinator/school nurse
Parent/guardian name

of the Guadalupe Centers 2020 Summer Academic Program to dispense the following medication(s)

Please list name of medication(s):

1. _____ Time: _____

2. _____ Time: _____

as prescribed to my child _____

Child's Name

*Please briefly explain what the medication(s) is/are used for _____

Parent/guardian signature

Site Coordinator Signature

REMINDER:

***All medication must be in the original prescription bottle with your child's name or in the original packaging before it will be distributed.**

***All medication and supplies must be provided to the summer school program nurse before participant is allowed to stay at program sites.**

Photo Release Form

I hereby grant to Guadalupe Centers, Guadalupe Educational System (“GES”) or entity in partnership with and its legal representatives and assigns, the irrevocable and unrestricted right to use and publish photographs of me, or in which I may be included, but am not identified by name, on the GES website or the Guadalupe Centers (“GC”) web site, and in any publication of any media that publicizes or promotes the website as part of GES and or GC; and to alter the same without restriction, including the right to crop the photograph or not to use the photograph; and to copyright the same for GES or GC. I hereby release the photographer and his/her legal representatives and assigns from all claims and liability relating to said photographs. I hereby agree that any photo that is taken of me while I am a participant in any GES or GC activity is solely the property of either GES or GC.

If minor, name and signature of parent or guardian (18 or over):

Student Name: (print) _____

Date: _____

Parent/Guardian: _____

Relationship to Minor: _____

Signature: _____



MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES
 COMMUNITY FOOD AND NUTRITION ASSISTANCE
 CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM

MEDICAL FOOD SUBSTITUTION RECORD

The Child & Adult Care Food Program Requirements for Meal Pattern Substitutions Section 7.5 require food substitutions to be authorized by a recognized medical authority. Recognized medical authority includes physician, physician assistant, or nurse practitioner. The recognized medical authority must specify, in writing, the food to be omitted from the patient's diet and the food or choice of foods that may be substituted.

PATIENT'S NAME:

MEDICAL DIAGNOSIS / REASON:

SPECIAL ASSISTANCE/EQUIPMENT REQUIRED:

FOOD SUBSTITUTION LIST:

Fluid Milk	Allowed Substitutes	Texture (e.g., cut up, ground mince, puree, liquidity)
Meat & Meat Alternative (e.g., eggs, cheese peanut butter, dry bean, yogurt, etc.)	Allowed Substitutes	Texture (e.g., cut up, ground mince, puree, liquidity)
Bread, Cereal or Whole Grain Products	Allowed Substitutes	Texture (e.g., cut up, ground mince, puree, liquidity)
Fruit & Vegetables or Juice	Allowed Substitutes	Texture (e.g., cut up, ground mince, puree, liquidity)

Additional Dietary Concerns and/or Required Equipment or Assistance Needed:

I (medical authority) certify that the above patient must be provided a special diet or requires special accommodations as indicated above.

SIGNATURE

TITLE

DATE

Guadalupe Centers 2020 Escuela De Verano
SOLICITUD

*La información del paquete de solicitud debe completarse de manera completa y precisa por garantizar la inscripción en la programación de la escuela de verano. No se aceptarán solicitudes incompletas.

Nombre del niño : _____ Fecha de nacimiento: _____

_____ Domicilio : _____ Masculino _____ Femenino _____

Ciudad/Estado: _____ Código Postal _____ Teléfono Casero: _____

Pertenencia étnica: Africano-Americano _____ Caucásico _____ Hispano _____ Asiático _____ Americano-Nativo _____ Otro _____

Grado que entra en el **Otoño 2020**: _____ Escuela Actualmente atendiendo: _____

Nombre de la madre: _____ Cell/Teléfono del trabajo: _____

Nombre del padre: _____ Cell/Teléfono del trabajo: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

Tiene su niño alguna alergia? Sí _____ No _____ Si sí, explique por favor: _____

Toma algun medicamento su hijo? Sí _____ No _____ Si sí, explique por favor: _____

*Todos los medicamentos / suministros diarios requeridos se deben proporcionar a la enfermera de la escuela de verano antes del primer día de la escuela de verano. No se permitirá a los estudiantes quedarse sin todos los suministros médicos descritos anteriormente.

Información de contacto de emergencia:

Nombre:	Número de teléfono.	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

_____ En el acontecimiento que mi niño (niños) incurra una lesión corporal o alguna otra enfermedad seria y si no se pueden comunicar con las personas enumeradas arriba, y si se requiera primeros auxilios inmediatos, tratamiento médico o quirúrgico aparece necesario con respecto tal lesión o enfermedad, entonces autorizo por este medio a personal de esta gerencia actuar en mi nombre, rindiendo los primeros auxilios y/o arreglando para el transporte y la admisión de mi niño (niños) a un hospital. Autorizo y no culpo al Guadalupe Centers y los representantes dichos de esa organización, y el dicho hospital (y sus empleados o agentes), y el dicho médico de cualquier demanda o pérdida que se presente a partir de las decisiones tomadas fuera de lo normal.

He recibido, leído y acepto toda la información contenida en el Manual para padres del Programa de verano 2020 de GC.

Firma del padre/del guardián: _____ Fecha: _____

Sitio de la escuela de verano: Elige solo uno! (transporte no proporcionado)

WESTSIDE (Guadalupe Centers Middle School)
2641 Belleview Ave, KCMO 64108 _____

VILLA (Guadalupe Centers Elementary School)
5123 Truman Rd, KCMO 64127 _____

Talla de Camiseta:

Joven: XS S M L XL

Adulto: XS S M L XL

Uso de Oficina Solamente:

Lista de Verificación Completa: _____

Fecha Aprobada: _____

Iniciales del Personal: _____

Guadalupe Centers
2020 Escuela de Verano
*Forma de Contacto de Emergencia/
autorización para recoger*

Todo la información proporcionada debe estar precisa y actual

*En el evento de que le pase algo a mi
hijo/a: _____,*

Nombre de el estudiante

Por Favor contacte a alguna de la siguientes personas en la orden que están escritas abajo:

Nombre Padre/guardián: _____ Relación a el niño/a: _____
Direccion: _____ Ciudad, Estado,Codigo Postal: _____
Numero de Telefono (Hogar): _____ Trabajo o otro #: _____

Nombre: _____ Relación a el niño/a: _____
Direccion: _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____
Numero de Telefono: _____ Trabajo o otro #: _____

Nombre: _____ Relación a el niño/a: _____
Direccion: _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____
Numero de Telefono: _____ Trabajo o otro #: _____

Nombre: _____ Relación a el niño/a: _____
Direccion: _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____
Numero de Telefono: _____ Trabajo o otro #: _____

*Autorizo a las personas mencionadas anteriormente a recoger a mi hijo/a del Programa de Escuela de Verano de GC. Guadalupe Centers, sus empleados, y agentes pueden confiar en esta autorización en todos momentos.

Firma del Padre/Guardian

Por Favor Escriba el Nombre

Nota: Por Favor incluya el codigo de area para todos los numeros de telefono.

Permiso de Viaje / Natación

Permiso de Padres /Guardián Extención de Responsabilidad para Paseos

Yo, _____ doy permiso de que mi hijo, _____,
Nombre del Padre / Guardián Niño

participar en cualquiera y todas las excursiones / salidas de clase previstas para el Programa Académico de Verano de Guadalupe Centers 2020.

Entiendo que como padre / guardián legal, permanezco legalmente responsable por cualquier acción personal tomada por el participante nombrado arriba. También estoy de acuerdo que voy a enseñar a mi hijo cómo comportarse alrededor de una piscina para la seguridad y para evitar juegos bruscos o conductas de riesgo que pueden dañar a mi hijo o a otra persona.

Estoy de acuerdo en nombre de mí mismo, mi hijo nombrado en este documento, nuestros herederos, sucesores mantendrán indemne y defenderá el Sistema Educativo Guadalupe, sus funcionarios, empleados, voluntarios, acompañantes, agentes y representantes asociados a estas actividades, su empresa corporativa, filial o afiliados, de cualquier reclamación que surja de o en conexión con mi hijo/a que asiste a la actividad o en conexión con cualquier enfermedad o lesión (incluida la muerte) o el costo del tratamiento médico como resultado de la actividad; y, además, estoy de acuerdo en indemnizar a sus funcionarios, empleados, voluntarios, acompañantes, agentes y representantes asociados a estas actividades para los honorarios y gastos razonables de abogados en que pueda incurrir en cualquier acción en su contra como consecuencia de dicha lesión o el Sistema de Educación Guadalupe daño, a menos que surja dicha reclamación de la negligencia real del Sistema Educativo Guadalupe. A mi conocimiento, mi hijo está en buena salud y es físicamente capaz de participar en estas actividades. Asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo.

Firma: _____ Fecha: _____

Guadalupe Centers
2020 Escuela de Verano
Forma de Autorización para Dispensar Medicamentos

Fecha De: _____

Yo, _____ autorizó al director del sitio de el
Nombre del padre / Guardián

Programa de Verano Académico 2020 de Guadalupe Centers para dispensar los siguiente (s) medicamentos:

Por favor escriba el nombre de el medicamento (s):

1. _____ Tiempo: _____

2. _____ Tiempo: _____

según lo prescrito a mi hijo _____
El nombre del niño/a

* Por favor, explique brevemente lo que el medicamento (s) es/son utilizados para _____

Firma del padre /Guardian

Firma de el Coordinador del Sitio

Recordatorio

*Todo medicamento debe encontrarse dentro de la botella original de la receta médica con el nombre de su hijo o en su contenedor original, antes de que el medicamento se administre.

* Todos los medicamentos y suministros se deben proporcionar a la enfermera del programa de la escuela de verano antes de que el participante pueda permanecer en los sitios del programa.

Foto Formulario de Autorización

Por lo presente otorgo a Guadalupe Centers, Sistema Educativo Guadalupe ("GES") o entidad en colaboración con y sus representantes legales y cesionarios, el derecho irrevocable y sin restricciones para utilizar y publicar fotografías mías, o en la que pueda ser incluido, y no estoy identificado por nombre, ya sea en el sitio web GES o sitio web, Guadalupe Centers. ("GC"), y en cualquier publicación de cualquier material que publica o promueve el sitio web como parte de GES y o GC; y a la misma vez alterar sin restricciones, incluyendo el derecho de recortar la fotografía o no utilizar la fotografía; y al derecho de autor de GES o GC. Yo le doy permiso a el fotógrafo y representantes legales y cesionarios de todo reclamo y responsabilidad relacionadas con dichas fotografías. Yo estoy de acuerdo que cualquier foto que se tome de mí mientras yo sea un participante en cualquier actividad GES o GC es de la exclusiva propiedad de GES o GC.

Si menor de edad, nombre y firma del padre o guardián (de 18 años):

Nombre del estudiante : _____

Fecha: _____

Padre/Guardián: _____

Relación con el Menor: _____

Firma: _____



DEPARTAMENTO DE MISSOURI DE SALUD Y SERVICIOS PARA PERSONAS MAYORES
ALIMENTACIÓN DE LA COMUNIDAD Y LA ASISTENCIA DE NUTRICIÓN
PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN INFANTIL Y ADULTOS
ALIMENTO MÉDICO SUSTITUCIÓN DE REGISTRO

Los requisitos del programa Alimentos para el Cuidado de Adultos, Niños en el documento de Sustituciones de Alimentos Sección 7.5 requieren sustituciones de alimentos para ser autorizados por una autoridad médica reconocida. Autoridad médica reconocida incluye médico, asistente médico o enfermera practicante. La autoridad médica reconocida debe especificar por escrito, la comida que se omite de la dieta del paciente y la comida o la elección de los alimentos que pueden ser sustituidos.

NOMBRE DE EL PACIENTE:

DIAGNOSIS MEDICINAL/RAZON:

ASISTENCIA ESPECIAL/EQUIPO NECESARIO:

LISTA DE SUSTITUCIONES DE ALIMENTOS:

Leche Liquida	Sustituciones	Textura (por ejemplo, cortar, picar suelo, puré, liquidez)
Carne y Carne Alternativa (Por ejemplo, huevos, queso mantequilla, frijol, yogurt, etc. cacahuete	Sustituciones	Textura (por ejemplo, cortar, picar suelo, puré, liquidez)
Pan, cereales o productos de granos enteros	Sustituciones	Textura (por ejemplo, cortar, picar suelo, puré, liquidez)
Fruta y Verduras o Jugos	Sustituciones	Textura (por ejemplo, cortar, picar suelo, puré, liquidez)

Preocupaciones dietéticas adicionales y/o equipos o asistencia requerida necesaria:

Yo (autoridad médica) certifico que el paciente anterior se debe proporcionar una dieta especial o requiere adaptaciones especiales como se indicó anteriormente.

FIRMA

TITULO

FECHA