



Solicitud para Escuela De Verano 2024

*La información del paquete de solicitud debe completarse de manera completa y precisa para 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 Casa: _____

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

Grado que entra en el **Otoño 2024**: _____ Escuela Actualmente atendiendo: _____

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

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

Correo Electrónico: _____

Tiene su niño alguna alergia de comida, medicamento, o otro tipo de alergias? Sí _____ No _____ Si sí, explique por favor:

Toma algún 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 requiere 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 2024 de GC. Firma del padre/del guardián: Fecha:

Sitio de la escuela de verano:

WESTSIDE - GC Middle School (Kinder -8th Grade - EAST - GC Elementary School - 5123 E Truman Rd, Kansas City, MO 64127 (Kinder - 5th Grade)

TShirt Size: Youth: XS S M L XL Adult: XS S M L XL

Uso de Oficina Solamente:

Lista de Verificación Completa: _____

Fecha Aprobada: _____

Iniciales del Personal: _____



2024 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: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

Numero de Telefono (Hogar): (_____) _____ Trabajo o otro #: (_____) _____

Nombre: _____ Relación a el niño/a: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

Numero de Telefono: (_____) _____ Trabajo o otro #: (_____) _____

Nombre: _____ Relación a el niño/a: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

Numero de Telefono: (_____) _____ Trabajo o otro #: (_____) _____

Nombre: _____ Relación a el niño/a: _____

Dirección: _____ 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/Guardián

Por Favor Escriba el Nombre

Nota: Por favor incluya el código de área para todos los números de teléfono.



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 2024. 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: _____

2024 Escuela de Verano Forma de Autorización para Dispensar Medicamentos

Fecha: _____

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

Programa de Verano Académico 2024 de Guadalupe Centers para dispensar los siguiente (s)
medicamentos:

Por favor escriba el nombre del 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 /Guardián

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