

ADAMS 12 FIVE STAR SCHOOLS STEM IGNITIÓN 2016 PERMISSION FORM

TODAS LAS ÁREAS DEBEN SER LLENADAS , SI ALGUNA COSA NO LE APLICA ESCRIBA N/A.

STUDENT INFORMATION	
Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento: Grado: (Circulo) M/F
Dirección:	Ciudad, código postal:
PARENT/GUARDIAN INFORMATION	
Nombre:	Nombre:
Cuál es su Relación con el estudiante:	Cuál es su Relación con el estudiante
Dirección:	Dirección:
Ciudad, código postal:	Ciudad, código postal:
Teléfono de casa:	Teléfono de casa:
Empleador:	Empleador:
Dirección:	Dirección:
Ciudad, código postal:	Ciudad, código postal:
1 ^{er} Numero de Contacto:	1 ^{er} Numero de Contacto:
Teléfono Alternativo:	Teléfono Alternativo:
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:
Primero Persona de contacto encaso de enfermedad o lesión:	
Información de contacto en caso de emergencia (persona distintas de los padres, para ser notificado en caso de emergencia):	
Nombre:	Nombre:
Relación con el estudiante:	Relación con el estudiante:
Dirección:	Dirección:
Ciudad, código postal:	Ciudad, código postal:
Teléfono:	Teléfono:
Teléfono Alternativo:	Teléfono Alternativo:
Autorización para recoger (Nombre de las personas, El otro padre, Persona autorizada):	
Nombre:	Nombre:
Relación al estudiante:	Relación al estudiante:
Teléfono:	Teléfono:
Autorizaciones Prohibidas (Nombre de personas que están Prohibidas de recoger al estudiante):	
Nombre:	Nombre:
Relación con el estudiante:	Relación con el estudiante:
Teléfono:	Teléfono:

FAVOR DE PONER SUS INICIALES EN UNA DE LAS OPCIONES Y LUEGO FIRME ADJUNTO.

____ YO AUTORIZO QUE MI HIJO/A SE DE DEALTO POR SI MISMO Y CAMINE A CASA DESPUES D ESTEM IGNITIÓN.

____ MI HIJO NO TIENE PERMISO DE CAMINAR A CASA. YO LO RECOJERE A LAS 3:30 DESPES DE QUE SALGA DES STEM IGNITIÓN.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

CONSENT FOR EMERGENCY MEDICAL CARE AND SHARING OF INFORMATION

Yo _____ el abajo firmante, un padre o tutor del estudiante nombrado arriba en este documento autoriza a patrocinadores todo el adulto, o cualquier persona adulta responsable teniendo esta autorización por escrito, en cuyo cuidado lo anterior mencionado menor ha sido encomendada, para su consentimiento para cualquier examen de rayos x, anestesia, cuidado médico, quirúrgico de diagnóstico o tratamiento y hospital. Este tipo de atención debe prestarse a dicho menor bajo la supervisión general o especial y con el asesoramiento de un médico, dentista o cirujano con licencia para practicar en el estado de Colorado y dar su consentimiento para cualquier examen de rayos x, anestésico, dental o quirúrgico de diagnóstico o tratamiento y a atención hospitalaria. Además, autorizo a todo programa de campamento, escuela y personal del distrito para intercambiar información relevante sobre mi estudiante. Se entiende que esta autorización se da el programa de campamento para todas las actividades patrocinadas por el programa. Se tomaran todos los esfuerzos para localizar a un padre o tutor antes de tomar cualquier acción. Todos los gastos médicos serán aceptados por los padres/tutores. El programa es absuelto de cualquier responsabilidad por accidentes o lesiones recibidas durante actividades patrocinadas por el programa de cualquier o todas.

Firma autorizada

Fecha

ADAMS 12 ESCUELAS DE CINCO ESTRELLAS
ARREGLO DEL CODIGO DE CONDUCTA PARA ADULTOS Y ESTUDIANTES

Cada persona que entra en programa STEM Ignición incluyendo el personal del STEM Ignición, es sujeto de ser modelo de los estudiantes presentes. Como modelos se espera que TODOS demuestren buena ciudadanía cultural, bondad / respeto de todos, comunicación positiva, la resolución de comportamientos, y la consideración adecuada de la propiedad escolar.

Por ley estatal, el tabaco, las drogas y / o el alcohol no son permitidos en propiedad escolar. En caso de cualquier sospecha, la persona (s) involucrada estará sujeta a la remoción de la propiedad.

Todas las Políticas del Distrito y del Superintendente se adhieren y serán aplicadas al programa de STEM Ignición.

Aunque se hará todo lo posible para resolver un conflicto, reservamos el derecho de suspender cuidado inmediatamente, si el conflicto de un padre/guardián afecta el programa, a un personal o los estudiantes de manera amenazante. Por favor, refiérase al manual escolar para ver los Procedimientos Disciplinarios y políticas dentro del distrito.

Entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con el "Código de Conducta"

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Firma de Estudiante

Fecha

Tardanzas, Cerradas inesperadas o Situaciones de Emergencia.

Si usted completan la siguiente sección, que pide números de celular, el programa STEM Ignición intentara mandar un mensaje de Texto a los padres o tutores para informarles sobre salidas tardes o situaciones de emergencia. Tenga en cuenta que los mensajes de texto normal puede aplicar cobros adicionales, de parte de su proveedor y/o dependiendo de su servicio telefónico y / o área cubierta.

_____ Me gustaría ser contactado a través de un mensaje de texto en mi teléfono móvil si el programa cierra temprano, de forma inesperada, o si hay una situación de emergencia. Entiendo que se me puede cobrar una cuota de parte de mi proveedor de servicio telefónico. También entiendo que este procedimiento sólo será utilizado para las salidas tardes inesperados o situaciones de emergencia relacionadas con el programa.

Nombre Completo: _____

Numero de Celular: _____ Proveedor de Servicio: _____

Programa STEM Ignición Política de Recogida Tarde

Los programas de STEM Ignición, pero todo el programa se terminan a las 3:30 p.m. Si saben antemano que llegara tarde a recoger a su hijo, por favor organice con miembros de la familia o vecino que están en la lista de autorización, para recogerlo/a. Si los estudiantes no son recogidos a tiempo, los estudiantes perderán la oportunidad de asistir a las actividades de STEM Ignición.

Entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con la política de la "Recogida tarde."

Nombre del Estudiante

Grado

Firma del Padre/Guardián

Fecha