



ConnectiKids



814 Asylum Avenue Hartford, CT 06105
Office: (860) 522-8710 Fax: (860) 249-5901

Formulario de inscripción del programa de verano ConnectiKids - 2019

West Middle School y Michael D. Fox registro del programa del verano de ConnectiKids está abierto. El programa se llena rápidamente. ¡Para evitar que su hijo o hija pierdan su espacio, por favor devuelve esta registraci3n lo m1s r1pido posible! Llene completamente en tinta y envíelo con su ni1o para poner en la caja del correo de ConnectiKids o usted puede devolver el registro completo a nuestra oficina.

- Me gustar1a informaci3n sobre el voluntariado con ConnectiKids
- guardar el franqueo: yo usar1a la p1gina web ConnectiKids para obtener los formularios de salud de mi hijo y el manual informativo
- me gustar1a ser enviado por correo los formularios de salud y el manual de informaci3n

WEST MIDDLE & MICHAEL D FOX ELEMENTARY SCHOOL

FECHA DE HOY: _____ APPLICATION (STAFF USE ONLY) # _____

Informaci3n del Estudiante WEST MIDDLE COMMUNITY SCHOOL MD FOX SCHOOL

DIA COMPLETO (9:30AM- 3:30PM) MEDIO DIA (12:30- 3:30PM)

Nombre (1ltimo) _____ (primera) _____ M/F _____
 Direcci3n _____
 La ciudad _____ El c3digo postal _____ N1mero de tel3fono _____
 Edad _____ Fecha de nacimiento (oo/oo/oooo) _____
 Grado (a1o escolar actual) _____ Nombre del profesor _____

Informaci3n para padres

Nombre del padre #1 _____
 N1mero de Celular _____ N1mero de la casa _____
 N1mero de trabajo _____
 Direcci3n de correo electr3nico _____
 N1mero de Seguro Social para padres _____ (en caso de emergencia)

Nombre del padre #2 _____
 N1mero de Celular _____ N1mero de la casa _____
 N1mero de trabajo _____
 Direcci3n de correo electr3nico _____
 N1mero de Seguro Social para padres _____ (en caso de emergencia)

Importante- Informaci3n de emergencia y contactos (excepto padres)

1. Nombre _____ Tel3fono _____ Relaci3n _____
2. Nombre _____ Tel3fono _____ Relaci3n _____

¿el ni1o puede ser liberado del programa de verano al contacto de emergencia en caso de emergencia o enfermedad? Si no

Si el ni1o est1 viviendo con un solo padre, ¿quién es el guardi1n legal del ni1o que puede dar su consentimiento a su asistencia en el programa de verano? (Por favor imprima nombre completo)

¿ el niño puede ser liberado a un padre sin custodia si otro padre hace esa solicitud? Si No

En caso afirmativo, nombre del padre _____

Doy permiso para que mi hijo/a participe en todas las actividades del campamento; la mayoría de los cuales se llevan afuera.

Yo voy leeré el manual de padres, el horario de verano y el acuerdo de comportamiento y aceptaré cooperar con todas las regulaciones.

Estoy dispuesta a que mis hijos sean atendidos por una enfermera o ayudante de primera para dolencias menores y por un médico, cuando sea necesario, y acepten el transporte a un centro médico o para más atención médica, si es necesario.

Mi hijo tiene permiso para tomar viajes programados (si los viajes están incluidos en el programa) fuera del campamento.

He leído y acepto las políticas y procedimientos de ConnectiKids Inc.

Firma del guardián _____

Fecha firmada _____

Historia de la salud y etnicidad

Historia de la salud (Compruebe si "sí")	Alergias (Compruebe si "sí")	Enfermedad crónica (Compruebe si "sí")
<input type="checkbox"/> Chicken pox <input type="checkbox"/> Measles <input type="checkbox"/> German contra el sarampión <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Whooping tos <input type="checkbox"/> Other Fecha de última tétanos refuerzo _____ Fecha del último examen físico _____ _____	<input type="checkbox"/> Hay fiebre <input type="checkbox"/> Insect picadura <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Ivy, roble, etcetera. Drogas (especifican) _____ Alimentos (especifican) _____ Otros (especificar) _____	Problemas de <input type="checkbox"/> Earaches <input type="checkbox"/> Garganta <input type="checkbox"/> Corazon <input type="checkbox"/> Infecciones <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Estómago <input type="checkbox"/> Seno <input type="checkbox"/> Diabetes

Medicamentos: Esta su hijo actualmente tomando medicamento? no si

Por favor especifique _____

POR FAVOR LLENE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN GENERAL DE SU HIJO TOTALMENTE. CONNECTIKIDS UTILIZA ESTA INFORMACIÓN PARA EFECTOS DE INFORMACIÓN GENERAL

Etnicidad: Marque todo lo que se aplica

Raza: Marque todas las que apliquen

Africano	
Albaniano	
Bosniano	
Chicano	
Cubano	
Hispano	
Jamaicano	
Koreano	
Latino	
Mexicano	
Polaco	
Puertorriqueño	
Ruso	
Samoano	
Vietnamita	
Otro	

Indio americano o nativo de Alaska	
Afroamericano	
Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico	
Blanco	
Asiático	
Otro	
No quieres decir	

Firma del guardián: _____ Fecha firmada _____

Políticas y Procedimientos

**** por favor lea atentamente la siguiente información y firme la parte inferior del formulario. Su firma a continuación indica que usted está de acuerdo en seguir las políticas y procedimientos indicados. ****

Políticas/Procedimientos

- le doy permiso a mi hijo para que viaje en autobús a todas las ubicaciones de programación fuera del sitio de ConnectiKids.
- Mi hijo será recogido de su escuela entre las 12:00 y las 12:15 p.m. y regresará a la oficina de ConnectiKids entre 3:15 y 3:30 p.m. Para MDFOX los estudiantes serán devueltos a la escuela a partir de las 4:00 p.m. No habrá personal de ConnectiKids en la escuela antes de las 12:00 p.m. o en la oficina de ConnectiKids Inc. después de 4:30 p.m. Si a mi hijo no se le permite caminar hacia y desde la escuela, un padre o alguien designado por sus padres estará en la escuela a la hora designada.
- **➤ Mi hijo corre el riesgo de ser despedido del programa si no se cumplen las expectativas de transporte.**
- **➤ Mi hijo/a está recibiendo una beca para asistir al programa de verano de ConnectiKids.**
- **➤ En caso de que mi hijo/a tenga 2 ausencias injustificadas sin la comunicación apropiada del programa, ellos pueden estar en ser removidos y otro niño de la lista de espera asumirá su lugar. Cerciórese de por favor que toda la comunicación a ConnectiKids sea oportuna anuncio claro.**
- Si mi hijo/a debe tener algún problema de comportamiento en el programa de verano, se me contactará y se le pedirá que me reúna con el personal de ConnectiKids. Después de reunirse con el personal, mi hijo puede ser despedido del programa si sus problemas de conducta continúan.
- le doy permiso a mi hijo/a para nadar/aprender a nadar durante el programa de verano de ConnectiKids.
- Entiendo que mi hijo (a) participará en actividades físicas (como trepar sogas, etc.) y darle permiso a mi hijo/a para que lo haga. Estoy de acuerdo en mantener inofensivo ConnectiKids, Inc. en caso de accidente o lesión.



Por la presente estoy de acuerdo en que todas las fotografías, negativos, impresiones, pinturas, dibujos, bosquejos, reproducciones, y semejanzas de cualquier tipo hechos del niño son y serán propiedad de ConnectiKids, Inc. Doy mi permiso para que dichas obras puedan ser publicadas, exhibidas, reproducidas y distribuidas en cualquier forma por ConnectiKids, Inc. con o sin el nombre del niño con fines comerciales o de otro tipo, incluyendo publicidad en cualquier medio, y con o sin ninguna copia testimonial u otra forma de publicidad o exhibición.

Si en caso de que no pueda ser contactado en una emergencia, doy permiso al médico, hospital de Hartford, y/o Hospital de St. Francis seleccionado por el personal de ConnectiKids para hospitalizar, para asegurar el tratamiento apropiado para, para ordenar la inyección, la anestesia o la cirugía para mi hijo como se nombra aquí.

En el caso de que mi hijo (a), como se nombra aquí, debe requerir primeros auxilios básicos y/o tratamientos menores, según lo ordenado por el personal de ConnectiKids, doy permiso para que el profesional de la salud administre tal ayuda o tratamiento para mi hijo.

Yo/nosotros entendemos que al firmar este registro, yo/nosotros acordamos mantener a ConnectiKids, Inc. inofensivo en caso de enfermedad, accidente o lesión, y que el plan médico de nuestra familia cubrirá cualquier gasto. Al firmar esto, acepto las normas y reglamentos anteriores de ConnectiKids, Inc.

Firma de padre/guardián _____ Fecha _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Política de transporte de ConnectiKids Inc.



--- Información Importante---

el final del programa se proporcionará a los estudiantes de MDFOX solamente.
todos los estudiantes de West Middle deben ser recogidos en la oficina de ConnectiKids-814 Asylum Ave, Hartford
CT

Padres de West Middle

Mi hijo tiene permiso para caminar a casa desde la oficina de ConnectiKids (814 Asylum Ave.).

Si No

Si no, mi hijo será recogido por

Nombre: _____

la relación: _____ Numero: _____

Estoy de acuerdo con la política de transporte como se indica más arriba _____ (inicial)

Si mi hijo no es recogido en el momento apropiado más de dos veces, el espacio de su niño en el programa será puesto en peligro.

Padres de MDFOX

Si su hijo no tiene permiso para caminar a casa de la escuela de MDFOX, entonces la persona designada debe reunirse con ella o él en el momento apropiado. Si su hijo no es encontrado por la persona designada, su hijo será llevado de vuelta a la oficina de ConnectiKids en la Iglesia Congregacional de Asylum Hill (814 Asylum Ave, Hartford CT).

Si su hijo no es recogido en el momento apropiado más de dos veces, el espacio de su niño en el programa será puesto en peligro.

Estoy de acuerdo con la política de transporte como se indica _____ (inicial)

Mi hijo tiene permiso para caminar a casa Si or No de **MD Fox Elementary school** - En el estacionamiento de la escuela-carril de autobús. Si no, mi hijo será recogido en la parada de autobús seleccionada por:

Nombre _____

Relacion _____

Numero _____

Los autobuses llegarán a MDFOX aproximadamente a las 4:00 pm. Por favor, deje tiempo para el tráfico.

**Si tiene alguna pregunta póngase en contacto con la oficina de ConnectiKids en
860-522-8710 o 860-977-5519**



ConnectiKids

Nota de Permiso

Doy permiso para mi hijo _____ en grado _____
(Estudiante)

Para atender:

- Science Center** Viernes, 12 de Julio
- Yard Goats Game** Miércoles, 17 de Julio
- George Hall Farm** Viernes, 26 de Julio
- Auerfarm** Viernes, 19 de Julio
- Hartford Stage Play** Jueves, 1 de Agosto
- Knox Garden** Todo el verano

Por la presente libero a *ConnectiKids, Inc.*, sus empleados, agentes y voluntarios, de toda responsabilidad, reclamos, demandas, causas de acción y posibles causas de acción que surjan de o estén relacionadas con cualquier pérdida, daño o lesión (incluida la muerte) que pueda ser sostenida por mi hijo mientras participo o viajo a y desde este evento.

Doy permiso para que mi hijo/a viaje en cualquier vehículo designado por *ConnectiKids, Inc.*, sus empleados y adultos voluntarios, mientras participa y viaja a y desde este evento.

Estoy de acuerdo en aceptar toda la responsabilidad, financiera o de otra manera, por cualquier daño que mi hijo pueda hacer a la propiedad de *ConnectiKids, Inc.*, propiedades visitadas en la excursión, propiedad personal de otros, o vehículos usados para el transporte.

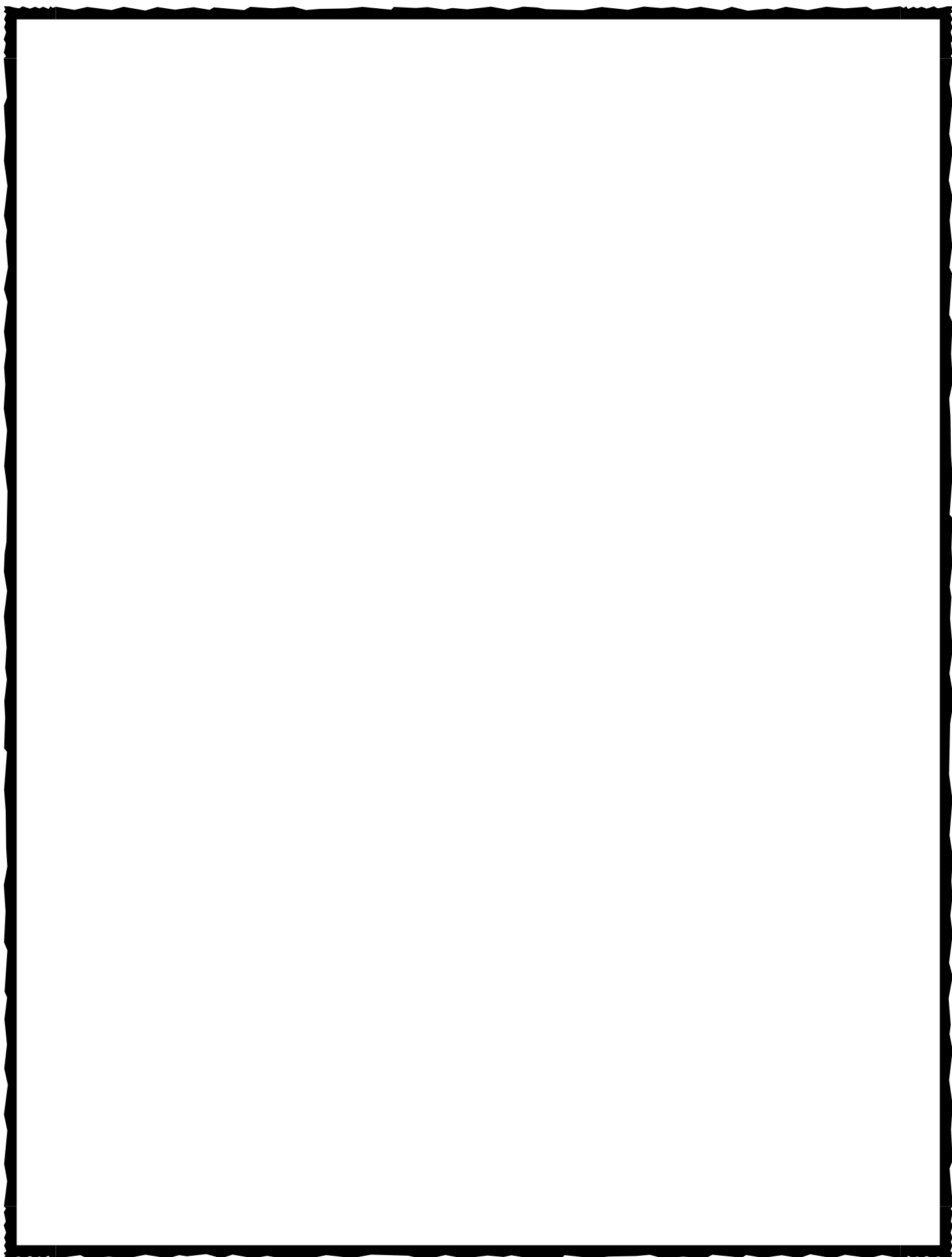
Estoy de acuerdo y consentimiento a todo lo anterior indicado.

Firmar _____ Nombre _____
(Padre/guardián)

Fecha ____ / ____ / ____

Padre/guardián Numero (Casa) _____

Padre/guardián Numero (teléfono celular) _____



RIVERFRONT ADVENTURA LANZAMIENTO DEL PARTICIPANTE

Nombre del grupo: _____ Fecha del programa: _____

Para ayudar a asegurar que su experiencia es segura, agradable y beneficiosa, es útil conocer información médica básica. Responder a estas preguntas se recomienda encarecidamente, pero no es necesario.

¿Tiene alguna limitación en las condiciones físicas o discapacidades?

___ No ___ Si. Por favor, explica _____

¿Está tomando algún medicamento actualmente?

___ No ___ Si. Por favor, explica _____

¿Tiene alergias, reacciones alérgicas a alimentos específicos, medicamentos, picaduras de abejas/picaduras de insectos?

___ No ___ Si. Por favor, explica _____

¿Ha tenido cirugía, procedimientos médicos o ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses?

___ No ___ Si. Por favor, explica _____

La firma del lanzamiento del participante es requerida para todos los participantes en la Riverfront Adventure. La LIBERACION DEL PARTICIPANTE debe ser recibida no más tarde de 72 horas antes de la fecha del programa.

Afirmo que mi salud es buena, y que no estoy en un cuidado médico por cualquier condición no revelada que lleve a mi aptitud para participar en Riverfront Adventure. Reconozco el riesgo inherente de lesión o incapacidad en estas actividades, y asumo que este riesgo. En el examen de los servicios prestados al abajo firmante, el abajo firmante renuncia a cualesquiera y todos los derechos y reclamaciones contra Riverfront Recapture, Inc., La ciudad de Hartford, la ciudad de East Hartford, y la Comisión del Distrito Metropolitano y todos los patrocinadores de este programa, sus oficiales, empleados, voluntarios, y agentes para lesiones personales o daños a o pérdida de propiedad personal del abajo firmante que puede se producen mientras se utilizan estos servicios.

PARTICIPANTE

NOMBRE (escribir con letra de molde): _____ EDAD: _____

DIRECCION: _____

LA FIRMA: _____ FECHA: _____

PARA LOS PARTICIPANTES DE EDAD MINORITARIA (menores de 18 años en el momento de la participación)

Afirmo que mi hijo _____ está en buen estado de salud, y que no está bajo el cuidado de un médico por cualquier condición no revelada que lleva a su aptitud para participar en Riverfront Adventure. Reconozco el riesgo inherente de lesión o incapacidad en estas actividades, y asumo este riesgo con respecto a la participación de mi hijo. Esto es para certificar que, como el padre/guardián de este participante, consiento su liberación de Riverfront Recapture, Inc., La ciudad de Hartford, la ciudad de East Hartford, y la Comisión del Distrito Metropolitano de cualquier y todos los incidentes pasivos a su participación en el Riverfront Adventure Challenge Course.

PADRE / GUARDIAN

NOMBRE (escribir con letra de molde): _____

RELACION CON EL PARTICIPANTE _____

DIRECCION: _____

LA FIRMA: _____ FECHA: _____