



Consentimiento para Participar en la Instrucción o en las Actividades para Menores

Fecha: _____ Nombre del niño/niña _____ Edad _____
Nombre del padre/ madre/guardián legal (indique su relación con el niño) _____
Números de teléfonos: Hogar _____ Celular _____ Trabajo _____
Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal: _____
Otros contactos con nombre y teléfonos en caso de emergencia: _____

Doy mi consentimiento para que el niño/la niña cuyo nombre aparece arriba participe en las siguientes actividades:

- Ejercicios activos como correr, saltar, jugar a las traes (jugar a la mancha o pilla), hacer ejercicios aeróbicos, bailar, etc.
- Deportes como fútbol soccer, baloncesto, voleibol, hockey de campo, etc.
- Otro: _____
- Por favor, anote las restricciones físicas del niño/niña: _____
- Clases educativas sobre la nutrición, incluyendo el manejo y el consumo de alimentos y bebidas. (Durante el ejercicio o las clases de deportes se pueden servir botanas y bebidas)

Por favor, mencione cualquier alimento o bebida que su niño/niña no deba tocar o comer:

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cacahuates | <input type="checkbox"/> Leche |
| <input type="checkbox"/> Trigo | <input type="checkbox"/> Nueces |
| <input type="checkbox"/> Huevos | <input type="checkbox"/> Fresas |
| <input type="checkbox"/> Soya | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pescado | _____ |
| <input type="checkbox"/> Mariscos | _____ |

¿Necesita su niño una Epi-Pen? ___ Sí ___ No Si es así, por favor traiga esta pluma a la clase.
Las actividades se realizarán en:

- El Centro de Conferencias de CREER Comunidad y Familia
- Propiedad de la ciudad/condado/escuela.
Nombre del Establecimiento: _____
- Centro de Recursos para la Familia: _____
- Otro: _____ **OCASA Charter School**

En caso de emergencia, autorizo al personal y voluntariado de CREER Comunidad y Familia que obtenga cualquier tratamiento que crea necesario para la atención inmediata del menor de edad por parte de cualquier hospital, médico o personal de emergencia con licencia (servicios 911) y estoy de acuerdo en que yo seré responsable del pago de cualquiera y de todos los servicios médicos proporcionados.

Certifico que soy el padre/la madre o el guardián legal del menor antes mencionado y doy mi permiso para que participe en las actividades descritas arriba. Certifico que mi niño/niña está en buenas condiciones físicas que le permiten participar en estas actividades físicas y libero y exonero al personal, voluntarios y/o contratistas de CREER Comunidad y Familia y/o a la ciudad, al condado o a otras organizaciones cuyas instalaciones se utilicen para este programa y a sus respectivos funcionarios, empleados, representantes, agentes, voluntarios y contratistas (colectivamente llamados las "Partes Exoneradas") de cualquier y toda obligación, reclamo o causa de acción por lesiones, enfermedades, daños o pérdida que el menor antes mencionado pudiera sufrir mientras participa en las actividades.

Firma del padre/madre/guardián legal: _____ Fecha: _____