

REGISTRATION PACKET

Space is Limited. Register Today!

A listing of migrant students identified as eligible to attend is available through the academies database at www.msdr.org

DISTRICT INFORMATION

SCHOOL DISTRICT NAME: _____

DISTRICT CONTACT NAME: _____

DISTRICT CONTACT PHONE: _____ & EMAIL: _____

STUDENT REGISTRATION INFORMATION

STUDENT'S NAME: _____ GRADE LEVEL: _____

UNIVERSITY STUDENT IS ATTENDING: CWU EWU UW WWU WSU SPOKANE

ACADEMY STUDENT IS ATTENDING: ACADEMIC ACADEMY DARE TO DREAM HEALTH SCIENCES

IMPORTANT

Please make sure **ALL** forms are completed and signed, or the registration packet will be considered incomplete.

NOTE: The online registration initiates the student's registration process. To complete the registration process, this packet **must** be completed and submitted. Ensure all information is completed and signatures for both parent/guardian and participant (where applicable) are present before submitting registration packet.

Registration questions? Contact MSDRS at 800-274-6084 or visit: www.msdr.org

REGISTRATION PACKET FORMS CHECKLIST

A listing of the forms along with **required** information.

- Assumption of Risk
- Code of Conduct
- Image and Voice Recording Consent
- Participant Health Form
 - Three Pages
 - Please make a copy for yourself

SIGNATURES REQUIRED ON THE FOLLOWING FORMS

- Contact & Emergency Medical Release
 - Two Pages
 - Copy of Insurance Card, if available
- Registration Packet Consent Form
- Field Experience Forms:
 - CWU Academic Academy Only:* Puget Sound Energy Form

Registration Deadline:

Please mail, fax or email the completed registration package forms signed by parent/guardian to MSDRS no later than:

Friday, March 8, 2019

Remember to keep a copy for your files.

MAIL:

MSDRS-Student Support Services
Attention: Dare to Dream Academies
810-B East Custer Avenue
Sunnyside, WA 98944

EMAIL.....events@msdr.org

FAX..... (509) 839-9017

OSPI provides equal access to all programs and services without discrimination based on sex, race, creed, religion, color, national origin, age, honorably discharged veteran or military status, sexual orientation, gender expression, gender identity, the presence of any sensory, mental, or physical disability, or the use of a trained dog guide or service animal by a person with a disability. Questions and complaints of alleged discrimination should be directed to:

Equity and Civil Rights Director, P.O. Box 47200, Olympia, WA 98504-7200 | (360) 725-6162/TTY: (360) 664-3631

ASSUMPTION OF RISK

University College Assistance Migrant Program (CAMP) and
Office of Superintendent of Public Instruction (OSPI)
Dare to Dream Academy, Academic Academy, and Health Science Academy

ACTIVITIES

I understand that there are risks in participating in recreational activities and educational workshops at the Dare to Dream Academy, Academic Academy or Health Science Academy at the designated University.

In consideration for and as a condition of being allowed to participate in this voluntary activity, I agree to take full responsibility for any and all risks that exist, including the risk of death or injury to my child or loss or damage to my property. I understand that there may be risks that the University/OSPI cannot predict or foresee, and I also assume full responsibility for those risks.

Risks in participating in the Dare to Dream Academy, Academic Academy or Health Science Academy activities (including touring campus laboratories, participating in activities in the Recreation Center), include, but are not limited to: temporary or permanent muscle soreness, sprains, strains, cuts, abrasions, bruises, ligament and/or cartilage damage, orthopedic damage, head, neck or spinal injuries, loss of use of arms and/or legs, eye damage, disfigurement, burns, drowning or death. I also recognize that there are both foreseeable and unforeseeable risks of injury or death that may occur as a result of traveling to or from the Dare to Dream Academy, Academic Academy or Health Science Academy activities that cannot be specifically listed. Further, I recognize that the actions of other participants in the activity may cause harm or loss to my child or property.

RELEASE OF LIABILITY

I release, the state of Washington, the Office of Superintendent of Public Instruction (OSPI), the Regents of the University, any subdivision or unit of the University its officers, employees, and agents, from any and all liability, claims, costs, expenses, injuries and/or losses to person or property, which I may sustain and/or sustain as a result of death or injury of my child, as a result of or connected with participation in and transportation to the above event. My child's participation includes, but is not limited to, travel to and from the event in a private or public vehicle, any activity connected with the event itself, and use of state equipment or facilities for the event whether on or off University property. ***I have carefully read this document, understand its contents and am fully informed about this program and circumstances. I am aware that this document is a contract with the University/OSPI and the program sponsors. I enter into this contract by signing the registration packet consent form freely and voluntarily.***

CODE OF CONDUCT

The Dare to Dream, Academic Academy, and Health Science Academy offers a safe and wholesome environment in which students live, play, and learn as part of a greater community. Student attitude and behavior are critical to the success of the Academy community and each individual makes a difference in the quality of the camp experience.

In order to create a community atmosphere, students agree to follow these behavioral guidelines during their Academy. Students and parents/guardians must read and sign this agreement prior to camp attendance.

- I will treat everyone in the camp community with respect at all times, including showing respect for another's personal belongings, privacy, and feelings.
- I will not enter the room of a student from the opposite sex.
- I understand that harassment and other forms of discrimination based upon race, color, religion, creed, sex, national origin, age, sexual orientation or expression, or disability violate federal and state law and/or University policy, and they will not be tolerated.
- I will respect the camp and University's facilities and equipment and not take or destroy camp/University property.
- I will not use obscene or foul language or gestures or make reference to violent offensive actions.
- I will not engage in any activity which may put me, other students, or staff at risk.
- I will dress according to my school's dress code policy.
- I will observe the curfew hours that have been established. I will remain on my floor between 9:55 p.m. and 7:00 a.m., and remain in my room after lights out (10:00 p.m.).
- I will stay with my counselor or Academy staff at all times.
- I agree to abide by the rules and regulations of the camp and understand that I am expected to follow directions and guidance provided by the Academy staff.

If the student fails to abide by these behavioral expectations the parent/guardian will be notified by phone and the student will be removed from the academy, at the parent/guardian expense. The parent/guardian is responsible for the student's travel from the academy if actions lead to expulsion.

The following behaviors will result in immediate expulsion from academy and potential criminal misconduct will be reported to law enforcement:

- Any crime, including use, possession, or distribution of weapons, alcohol, drugs, tobacco, or any other illegal product. If student possess prescription medication it must be listed on the Medical form or will be considered in violation of the code of conduct.
- Assault and/or physical abuse of any kind including hitting, kicking, biting or pushing another student or staff member.
- Failure to follow staff instructions thereby resulting in situations that put themselves, other students, or staff in physical danger.
- Leaving an activity or workshop without the permission of the staff member supervising the area or activity.
- Verbal abuse of another student and/or staff member.
- Students threatening to harm themselves or other students or engaging in actions reasonably likely to result in harm to themselves or others.

IMAGE & VOICE RECORDING CONSENT

YES I, parent or guardian of participant, hereby grant permission to the University and the Office of Superintendent of Public Instruction (OSPI) to be photographed or otherwise have images or voice recordings made (including but not limited to digital photographs, video or digital moving images and/or voice recordings), for University/OSPI publication or promotional purposes in any medium (including but not limited to print media, newspaper, television, video, motion picture, or Web site on the Internet)

I additionally consent to the use of my student's name and/or interview comments in connection with University/ OSPI publication or promotional purposes in print media, newspaper, television, video, motion picture, or Web site on the Internet.

We understand that consent to use of my student's likeness or voice recordings is not a condition of participating in the activity and that consent can be refused without any impact in the ability to fully participate in the program.

No inducements or promises beyond our acceptance of an opportunity to promote University/OSPI and its programs have been given to the persons signing below.

Any other use of images and/or recordings, my name, and/or interview comments requires advance permission.

We understand that we can revoke this consent at any time upon notice to University/OSPI, at which time either or both of us will sign a copy of the denial (below) for use of images or voice recordings.

No we do not agree to the use of digital images or voice recordings as set forth above.

We, the parent/guardian and participant, agree we have carefully read the form, understand the content, and selected to consent or decline consent freely and voluntarily related to the use the participant's image and voice recording.

PARTICIPANT HEALTH FORM

TO PARENT(S)/GUARDIAN(S):

Please complete this form and **make a copy for yourself**. Attach additional information if needed.

ALLERGIES:

- No known allergies.
- This participant has a life-threatening allergy.
 - An emergency care plan signed by physician is attached to registration forms, which includes *what the participant is allergic to, the reaction seen in detail, and preventative or responsive measures.*
- This participant is allergic to: Food Medicine Other Environment (insect stings, hay fever, etc.)

Please describe below what the participant is allergic to and the reaction seen, in detail. Please specify allergy and describe preventative or responsive measures for each allergy.

Describe Allergy(ies) Below

List Allergy(ies):

Describe Reaction:

List Preventative Measures:

List Responsive Measures:

Example:

Allergy(ies): Medication: Allergic to medication NSAIDS (Ibuprofen, Advil, Aleve, Motrin, etc)

Reaction: Breaks out in hives, red itchy skin, warm

Preventative Measures: Do not consume NSAIDS, use acetaminophen as pain reliever and ice or alternative methods for treating inflammation.

Responsive Measures: Take Claritin or other allergy medication.

DIET/NUTRITION: Please check the box(es) that apply.

- No special dietary needs. This participant eats a regular diet.
- This participant has special food needs. *Please select from the options below.*
 - Vegetarian
 - Vegan
 - Dairy Free
 - Gluten Free
 - Other: _____

IMMUNIZATIONS: Please check the box that applies.

- My child is up-to-date on his/her immunizations and tetanus shots as required by Washington State Law.
- My child has an immunization exemption on file with his/her school. I understand and accept the risks to my child from not being fully immunized.

MENTAL, EMOTIONAL, AND SOCIAL HEALTH: Check "Yes" or "No" for each statement.

Has the participant:

1. Ever been treated for attention deficit disorder (ADD) or attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)? Yes No
2. During the past 12 months, seen a professional to address mental/emotional health concerns? Yes No
3. Had a significant life event that continues to affect the participant's life? (History of abuse, physical or sexual trauma, conduct disorders such as oppositional defiance developmental disability, Autism Spectrum Disorder, death of a loved one, family change, adoption, foster care, new sibling, survived a disaster, others.) Yes No

Please explain all "Yes" answers in the space below, noting the number of the question.

GENERAL HEALTH HISTORY: Check "Yes" or "No" for each statement.

Has/does this participant:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| 1. Ever had a concussion? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | 8. If female, have problems with periods/
menstruation? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| 2. Ever had a Bone/Joint Injury | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | 9. Had asthma/wheezing/shortness of breath? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| 3. Ever had surgery? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | 10. Have diabetes? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| 4. Had cardiovascular disease or
other heart problems? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | 11. Had headaches? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| 5. Had Epilepsy/seizures? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | 12. Has your son/daughter been hospitalized within
the last 2 years? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| 6. Had heat illness? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | 13. NO previous or current medical concern | <input type="checkbox"/> None |
| 7. Had a recent injury? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | |

Please explain all "Yes" answers in the space below, noting the number of the question.

MEDICATIONS: Please check the box that applies.

"Medication" is any substance a person takes to maintain and/or improve their health. This includes vitamins and natural remedies. **All medications must be in their original containers. Prescriptions must have the child's name and how the medication should be given printed on the prescription container. Please send only those medications that are necessary.**

- This participant **WILL NOT** take any daily medications while attending the Academy.
- ¹. This participant **WILL** take the following daily medication(s) while attending the Academy.

MEDICATION DETAILS

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. Name of Medication _____ | Date Started _____ |
| When to Administer <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Other _____ | |
| Amount or Dose Administered _____ | How it is Administered _____ |
| | |
| 2. Name of Medication _____ | Date Started _____ |
| When to Administer <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Other _____ | |
| Amount or Dose Administered _____ | How it is Administered _____ |
| | |
| 3. Name of Medication _____ | Date Started _____ |
| When to Administer <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Other _____ | |
| Amount or Dose Administered _____ | How it is Administered _____ |
| | |
| 4. Name of Medication _____ | Date Started _____ |
| When to Administer <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Other _____ | |
| Amount or Dose Administered _____ | How it is Administered _____ |

¹ Note: These provisions regarding administration of medication shall not abrogate minors' rights to provide their own consent to certain services under Washington law.

RESTRICTIONS:

I have reviewed the program and activities of the program and feel the participant can participate:

- Without restrictions.
- With the following restrictions or adaptations. **Please describe accommodations needed below.**
Example: Student is wheel chair bound and will need a handicap accessible room, classroom(s) and buildings. Activities may need to be modified for participation.

Please describe accommodations needed

WHAT HAVE WE FORGOTTEN TO ASK?

Please provide in the space below any additional information about participant’s health that you think important or that may affect his or her ability to fully participate in the program. Attach additional information if needed.

The health history is correct and accurately reflects the health status of the participant to whom it pertains. The person described has permission to participate in all program activities except as set forth by me/and or an examining physician. I understand the information on the form will be shared on a “need to know” basis with University/OSPI staff. I give permission to photocopy the form. In addition, the health care provider has my permission to obtain a copy of my child’s health records from providers who treat my child and these providers may talk with the program’s staff about my child’s health status.

CONTACT & EMERGENCY MEDICAL RELEASE

Participant's Name: _____

Gender: _____ Date of Birth (month/day/year): _____

Participant's Age on arrival at Dare to Dream Academy Program: _____ years old.

Health Insurance Provider: _____ Policy Number: _____

PLEASE PROVIDE COPY OF INSURANCE CARD, IF AVAILABLE

Check here if participant **DOES NOT** have health insurance

TO PARENT(S)/GUARDIAN(S):

Please complete this form and **make a copy for yourself**. Attach additional information if needed.

PARENT/GUARDIAN with residential placement and/or decision-making authority in the event of illness or injury:

Name: _____ Relationship to Participant: _____

Preferred Phones: (____) _____ & (____) _____ E-mail: _____

Home Address: _____
Street Address City State Zip Code

SECOND PARENT/GUARDIAN with legal custody to be contacted in case of illness or injury:

Name: _____ Relationship to Participant: _____

Preferred Phones: (____) _____ & (____) _____ E-mail: _____

Home Address: _____
Street Address City State Zip Code

EMERGENCY CONTACTS

I hereby give permission for the listed individuals to pick up the student and/or act on behalf of parent(s)/guardian(s), should an emergency arise and event staff are unable to reach either parent/guardian.

In addition to the parent/guardians, I understand my student will be allowed to leave with these individuals only.

- Please provide a minimum of two contacts below.
- Photo identification may be asked during student pick up.

1. Authorized Person's Name: _____

Relationship to Participant: _____ Phone Number: _____

2. Authorized Person's Name: _____

Relationship to Participant: _____ Phone Number: _____

3. Authorized Person's Name: _____

Relationship to Participant: _____ Phone Number: _____

(Continued on next page)

In an emergency requiring medical attention or a situation reasonably believed by the University and the Office of Superintendent of Public Instruction (OSPI) authorized agents including Academy staff to be an emergency; I authorize the University/OSPI and its authorized agents to obtain emergency medical care for my child. I will be responsible for any expenses incurred in so doing including but not limited to care by health care professionals, hospital care, and ambulance or other services. In addition, the health care provider has permission to obtain a copy of my child's health record from providers who treat my child and these providers may talk with the program's staff about my child's health status.

In the event of hospitalization, I authorize the Academy staff to remain with my child until I am able to present myself at the hospital.

NOTE: Minors may consent to certain services in Washington.

I hold harmless and agree to indemnify the University and the Office of Superintendent of Public Instruction, its authorized agents and employees and the staff of Dare to Dream Academy, Academic Academy, and Health Science Academy from decisions to seek emergency treatment.

PRIMARY HEALTH CARE PROVIDER(S):

Name of participant's **primary** doctor(s): _____

Phone: (_____) _____

ADDITIONAL HEALTH CARE PROVIDER(S)

Name(s): _____ Contact Numbers: (_____) _____

Name(s): _____ Contact Numbers: (_____) _____

I voluntarily sign this authorization in consideration for permission for my child to participate in the Academy. I have read it, and I understand its content and significance.

Signature of **Parent/Guardian**
(for participant less than 18 years of age):

X _____ Date: _____

Signature of Academy **Participant**

X _____ Date: _____

REGISTRATION PACKET CONSENT FORM

By signing below, I agree that I have carefully read each of the components contained in this registration packet, understand the content and significance, I am fully informed about this program, the circumstances and activities and agree to each of the terms outlined in the components of this registration packet.

Assumption of Risk Form:

As the parent/guardian, by signing below, I agree I have carefully read the document, understand its contents and am fully informed about this program and circumstances. I am aware that the document is a contract with the University/OSPI and the program sponsors. I enter into this contract freely and voluntarily.

Code of Conduct Form:

By signing below, we the participant and parent/guardian, agree we have read and understand the behavioral expectations, including provisions for immediate expulsion as stated in this document.

- **Participant only:** *I agree to abide by the behavioral expectations at all times during the stay at Dare to Dream, Academic Academy, or Health Academy.*
- **Parent/Guardian only:** *I agree that I have discussed these expectations with my student, who has agreed to abide by them at all times during the stay at Dare to Dream/Academic or Health Science academies.*

Image and Voice Recording Consent Form

By signing below, we, the parent/guardian and participant, agree we have carefully read the form, understand the content, and selected to consent or decline consent freely and voluntarily related to the use of the participant's image and voice recording.

Participant Health Form:

As the parent/guardian, by signing below, I agree the health history provided is correct and accurately reflects the health status of the participant to whom it pertains. The person described as the student/participant has permission to participate in all program activities except as set forth by me/and or an examining physician. I understand the information on the form will be shared on a "need to know" basis with University/OSPI staff. I give permission to photocopy the form. In addition, the health care provider has permission to obtain a copy of my child's health records from providers who treat my child and these providers may talk with the program's staff about my child's health status.

Contact & Emergency Medical Release Form

This Contact and Emergency Medical Release Form requires a separate signature on page 8.

PARENT/GUARDIAN: I voluntarily sign this authorization in consideration for permission for my child to participate in the Academy.

Signature of **Parent/Guardian** (for participant less than 18 years of age):

X _____ Date: _____

Relationship to Participant: _____

PARTICIPANT: I voluntarily sign this authorization for consideration of my participation in the Academy.

Signature of **Participant:**

X _____ Date: _____

(Continued on next page for students participating in the Central Washington University Academic Academy)

FOR CWU ACADEMIC ACADEMY

PARTICIPANTS ONLY:



WAIVER AND RELEASE OF LIABILITY

Participant Name: _____
School District Name: _____

**TO BE READ AND SIGNED BY EACH PERSON BEFORE ENTERING ONTO THE
PREMISES OF PUGET SOUND ENERGY, INC. WILD HORSE WIND FACILITY.**

Puget Sound Energy (PSE) offers, to members of the general public, at no charge, tours of its Wild Horse Wind Facility. In consideration of granting this privilege, which privilege I acknowledge as adequate consideration, I, the undersigned, for myself, my heirs, assigns and personal representatives, do hereby agree to assume sole and complete responsibility for any injury suffered while on the premises of PSE; and, hereby waive in advance any and all claims for any such losses, including any right of subrogation I, my heirs, assigns personal representatives, or my insurers may have against PSE, its officers, directors, parents, subsidiaries affiliates or employees.

I further understand and acknowledge that my presence on the premises of PSE and/or participation in the tour can expose me to dangers from both known and unanticipated risk. Acknowledging that such risks exist, I assume that risk, including the risk of negligent conduct, and I release and discharge PSE, its officers, directors, parents, subsidiaries or affiliates from any and all claims or liability for any injury to my person and/or property that may occur while on the premises of PSE. I further agree and covenant not to sue PSE, its officers, directors, parents, subsidiaries affiliates or employees for any such claims.

In signing this release, I FULLY RECOGNIZE THAT IF I AM HURT AND/OR MY PROPERTY IS DAMAGED WHILE ON THE PREMISES OF PSE, I WILL HAVE NO RIGHT TO MAKE A CLAIM OR FILE A LAWSUIT AGAINST PSE, ITS OFFICERS, DIRECTORS, PARENTS, SUBSIDIARIES, AFFILIATES OR EMPLOYEES, WITHOUT REGARD TO THE PERSON OR ENTITY CAUSING THE INJURY OR DAMAGE. I HAVE READ AND FULLY UNDERSTAND THIS WAIVER AND RELEASE OF LIABILITY, AND COVENANT NOT TO SUE. I KNOW AND UNDERSTAND THAT MY SIGNATURE ON THIS FORM OPERATES AS A COMPLETE RELEASE OF PSE, ITS OFFICERS, DIRECTORS, PARENTS, SUBSIDIARIES, AFFILIATES OR EMPLOYEES FROM ANY AND ALL LIABILITY, INCLUDING ITS OWN NEGLIGENCE. I FREELY AND WILLINGLY CONSENT TO THIS WAIVER AND RELEASE OF LIABILITY AND COVENANT NOT TO SUE.

READ CAREFULLY! YOUR LEGAL RIGHTS ARE AFFECTED

Participant Printed Name

Participant Printed Residence Address

City, State, Zip

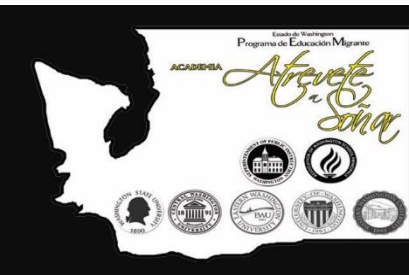
X _____
Participant Signature

Date

X _____
Parent or Legal Guardian Signature (required if tour participant is under 18 year of age)

Date

Created on 5/11/07



PAQUETE DE REGISTRACIÓN

El Cupo Es Limitado. ¡Regístrate Hoy!

Una lista de los estudiantes migrantes identificados como elegibles para asistir está disponible a través de la base de datos de las academias en www.msdr.org

INFORMACIÓN DEL DISTRITO

SCHOOL DISTRICT NAME:
Nombre del distrito escolar: _____

DISTRICT CONTACT NAME:
Nombre del contacto en distrito: _____

DISTRICT CONTACT PHONE: _____ **EMAIL :** _____
Número de teléfono y correo electrónico del contacto en el distrito: _____ Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL ALUMNO PARA REGISTRACIÓN

STUDENT'S NAME: _____ **GRADE LEVEL:** _____
Nombre del estudiante: _____ Nivel de grado: _____

UNIVERSITY STUDENT IS ATTENDING:
La Universidad que el alumno/a asistirá: CWU EWU UW WWU WSU SPOKANE

ACADEMY STUDENT IS ATTENDING: Academia Académica Atrévete a Soñar Ciencias de Salud
ACADEMIC ACADEMY DARE TO DREAM HEALTH SCIENCES
La Academia que el alumno/a asistirá: _____

IMPORTANTE

Asegúrese de que **TODOS** los formularios se hayan completado y firmado o el paquete se considera incompleto. **NOTA:** La registración en línea inicia el proceso de registración para el alumno. Para completar el proceso de registración, este paquete **debe** ser completado y sometido. Asegúrese de que toda la información está completa, con firmas, tanto de los padres/guardian y participantes (donde aplica) antes de enviar el paquete. ¿Preguntas de Registración? Comuníquese con MSDRS al 800-274-6084 o visite: www.msdr.org

LISTA VERIFICACIÓN: FORMAS REGISTRACIÓN

Una lista de las formas junto con la información **requerida**.

Aceptación de Riesgo

Código de Conducta

Consentimiento para Grabar Imagen y Voz

Formulario de Salud del Participante
 Tres páginas Favor de hacer una copia para usted

Fecha Límite para Registración:

Por favor de enviar por correo, fax o correo electrónico (email) el paquete de las formas de registración completo y firmado por el padre/guardian a MSDRS antes del

Viernes, 8 de marzo del 2019
Recuerda de hacer copias para tus archivos

FIRMAS REQUERIDAS EN LOS SIGUIENTES FORMULARIOS

Contacto y Exoneración para Emergencias Médicas
 Dos Páginas Copia de la tarjeta de seguro, si está disponible

Formulario de Consentimiento del Paquete de Inscripción

Formularios de Experiencia de Campo
 CWU Academia Académica Solamente: Formulario *Puget Sound Energy*

CORREO:
MSDRS-Student Support Services
Attention: Dare to Dream Academies
810-B East Custer Avenue, Sunnyside, WA 98944

EMAILevents@msdr.org
FAX (509) 839-9017

OSPI provides equal access to all programs and services without discrimination based on sex, race, creed, religion, color, national origin, age, honorably discharged veteran or military status, sexual orientation, gender expression, gender identity, the presence of any sensory, mental, or physical disability, or the use of a trained dog guide or service animal by a person with a disability. Questions and complaints of alleged discrimination should be directed to:

OSPI proporciona igualdad de acceso a todos los programas y servicios sin discriminación por razón de sexo, raza, credo, religión, color, origen nacional, edad, veterano dado de baja honorablemente o estado militar, orientación sexual, expresión de género, identidad de género, la presencia de cualquier discapacidad sensorial, mental o física, o el uso de un perro guía entrenado o animal de servicio por una persona con una discapacidad. Preguntas y quejas de supuesta discriminación deben ser dirigidas a:

Equity and Civil Rights Director, P.O. Box 47200, Olympia, WA 98504-7200 | (360) 725-6162/TTY: (360) 664-3631

ACEPTACIÓN DE RIESGO

El Programa de Asistencia al Colegio para Migrantes (CAMP-inglés) de la Universidad Academia Atrévete a Soñar, Academia Académica, Academia de Ciencias de la Salud y la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI)

ACTIVIDADES

Entiendo que existen riesgos al participar en actividades recreativas y talleres educativos durante la Academia Atrévete a Soñar, Academia Académica o la Academia de Ciencias de la Salud en la Universidad designada.

En consideración y como condición de permitir la participación en esta actividad voluntaria, estoy de acuerdo en aceptar plena responsabilidad por cualquier y todo riesgo que existe, incluyendo el riesgo de muerte o lesión a mi hijo o pérdida o daños a mi propiedad. Entiendo que puede haber riesgos que no puede predecir ni prevenir la universidad o OSPI, y también acepto plena responsabilidad por esos riesgos.

Los riesgos por participar en las actividades de la Academia Atrévete a Soñar, Academia Académica o la Academia de Ciencias de la Salud (incluyendo giras en los laboratorios del recinto, participar en actividades en el Centro de Recreación), incluyen, pero no se limitan a: dolor de músculos temporal o permanentemente, torceduras, esguinces, cortes, rasguños, magulladuras, daños a los ligamentos y/o cartílago, daños ortopédicos, lesiones a la cabeza, cuello o espina dorsal, pérdida del uso de los brazos y/o piernas, daños a los ojos, desfiguración, quemaduras, ahogarse o muerte. También reconozco que existen tanto riesgos de lesiones o muerte, que se pueden prever, como los que no se pueden prever, que pueden ocurrir como resultado de viajar de ida o vuelta a las actividades de la Academia Atrévete a Soñar, Academia Académica o la Academia de Ciencias de la Salud, que no pueden incluirse específicamente en la lista. Además, reconozco que las acciones de otros participantes en la actividad pueden causar daños o pérdida a mi hijo o propiedad.

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Exonero, al Estado de Washington, la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI), los Regentes de la universidad, cualquier subdivisión o unidad de la universidad, sus oficiales, empleados, y agentes, de cualquier y toda responsabilidad, reclamo, costo, gasto, lesión y/o pérdida a persona o propiedad, que me pueda ocurrir y/o que puedan ocurrir como resultado de la muerte o lesión de mi hijo, como resultado de, o relacionado con, la participación en, y transporte al evento mencionado arriba. La participación de mi hijo incluye, pero no se limita a, viajar de ida y vuelta al evento en un vehículo privado o público, cualquier actividad relacionada con el evento en sí, y el uso del equipo o instalaciones del Estado para el evento, si se encuentra o no en la propiedad de la universidad. ***He leído este documento cuidadosamente, entiendo su contenido y estoy plenamente informado de este programa y las circunstancias. Estoy enterado que este documento es un contrato con la universidad y OSPI y los patrocinadores del programa. Entro en este contrato firmando el formulario de consentimiento del paquete de registro de forma libre y voluntariamente.***

(I have carefully read the Assumption of Risk document, understand its contents and am fully informed about this program and circumstances. I am aware that this document is a contract with the University/OSPI and the program sponsors. I enter into this contract by signing the registration packet consent form freely and voluntarily.

CÓDIGO DE CONDUCTA

La Academia Atrévete a Soñar, Academia Académica y la Academia de Ciencias de la Salud ofrece un ambiente seguro y sano en el cual los alumnos viven, juegan y aprenden como parte de una comunidad mayor. La actitud estudiantil y su conducta son muy importantes al éxito de la comunidad de la Academia y, cada individuo hace una diferencia en la calidad de la experiencia de la Academia.

Con el fin de crear un ambiente comunitario, los alumnos están de acuerdo a seguir estas directrices de conducta durante la Academia. Los alumnos y los padres/guardianes tienen que leer y firmar este contrato antes de asistir a la Academia.

- Trataré a todos en la comunidad del campo con respeto a todo momento, incluyendo respetar las pertenencias personales de otros, su privacidad y sentimientos.
- No voy a entrar a un dormitorio de un alumno del sexo opuesto.
- Entiendo que el acoso y otras formas de discriminación basada en raza, color, religión, credo, sexo, origen nacional, edad, orientación o expresión sexual, o discapacidad violan las leyes federales y estatales y/o la política de la Universidad, y no se tolerará.
- Respetaré el campo y las instalaciones y el equipo de la Universidad y no llevaré ni destruiré propiedad del campo y/o la Universidad.
- No usaré habla ni gestos obscenos o groseros ni haré referencia a acciones violentas u ofensivas.
- No participaré en ninguna actividad que pudiera ponerme en peligro a mí o a otros alumnos o el personal.
- Me vestiré de acuerdo con el código de vestimenta de mi escuela.
- Observaré la hora de toque que ha sido establecida. Permaneceré en el piso asignado entre las 9:55 p.m. y 7:00 a.m., y permaneceré en mi habitación después que se apagan las luces (10:00 p.m.).
- Permaneceré con mi consejero o el personal de la Academia a todo momento.
- Estoy de acuerdo en obedecer todas las reglas y reglamentos de la Academia y entiendo que se espera que yo siga la dirección y guía provista por el personal de la Academia.

Si el alumno falla en cumplir con estas expectativas de conducta, se le notificará al padre/guardián por teléfono y el estudiante será removido de la Academia a costo del padre/guardián. El padre/guardián es responsable por el transporte del alumno de la Academia si sus acciones resultan en que sea expulsado.

El siguiente comportamiento resultará en expulsión inmediata de la Academia y se reportará la posible mala conducta delictiva a los agentes de la ley:

- Cualquier delito, incluyendo el uso, posesión, o distribución de armas, alcohol, drogas, tabaco, o cualquier otro producto ilegal. Si el alumno posee medicamentos recetados, tienen que estar en la lista del formulario médico o se considerará una violación del código de conducta.
- Agresión y/o abuso físico de cualquier clase incluyendo golpear, patear, morder o empujar a otro alumno o a un miembro del personal.
- No seguir las instrucciones del personal, lo que resultaría en situaciones en que se pone en peligro a sí mismo, a otros alumnos o al personal.
- Irse de una actividad o taller sin el permiso del miembro del personal que supervisa el área o actividad.
- Abuso verbal hacia otro alumno y/o miembro del personal.
- Alumnos que amenazan con lastimarse a sí mismos o a otros alumnos o, participar en acciones que puedan resultar en lastimarse a sí mismo o a otros.

CONSENTIMIENTO PARA GRABAR IMAGEN Y VOZ

SÍ Yo, padre o tutor del participante, por la presente otorgo permiso a la Universidad y a la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI) para que sean fotografiados o tengan imágenes o grabaciones de voz realizadas (incluidas, entre otras, fotografías digitales, videos o imágenes digitales en movimiento) y / o grabaciones de voz, para publicación o fines promocionales de la Universidad / OSPI en cualquier medio (incluidos, entre otros, medios impresos, periódicos, televisión, videos, películas o sitios web en Internet.

Adicionalmente, doy mi consentimiento para el uso del nombre de mi alumno y/o sus comentarios de entrevista en conexión con la publicación o propósitos de promoción por la Universidad y OSPI en medios de imprenta, periódicos, televisión, video, película o sitio de la Red en Internet.

Entendemos que el consentimiento para usar una imagen de mi alumno o grabaciones de su voz, no es una condición de su participación en una actividad y que se puede rehusar dar consentimiento sin ningún impacto en la habilidad de participar plenamente en el programa.

Ningún incentivo ni promesa aparte de la aceptación a una oportunidad para promover a la Universidad y OSPI y sus programas, se ha dado a las personas abajo firmantes.

Cualquier otro uso de imágenes y/o grabaciones, mi nombre, y/o comentarios de entrevista requieren permiso por adelantado.

Entendemos que podemos revocar este consentimiento en cualquier momento después de avisar a la Universidad o OSPI, en dicho momento uno o ambos firmaremos una copia de la negación (abajo) para el uso de imágenes o grabaciones de voz.

NO No estamos de acuerdo en usar las imágenes digitales o grabaciones de voz según se delinea arriba.
(NO, we do not agree to the use of digital images or voice recordings as set forth above).

Nosotros, el padre(s)/guardianes y el participante, estamos de acuerdo en que hemos leído cuidadosamente el formulario, entendemos el contenido y seleccionamos el consentimiento o el rechazo del consentimiento de forma libre y voluntariamente en relación con el uso de la imagen y la grabación de voz del participante.

FORMULARIO DE SALUD DEL PARTICIPANTE

A PADRE(S)/GUARDIÁN(ES):

Favor de completar este formulario y **hacer una copia para guardar**. Adjunte información adicional si es necesario.

ALERGIAS:

- No se sabe de ninguna alergia.
- Este participante tiene una alergia potencialmente mortal
 - Un plan de atención de emergencia firmado por el médico se adjunta a los formularios de inscripción, que incluye lo que el participante es alérgico(a), la reacción detallada que es vista y las medidas o solución preventivas.
- El participante está alérgico(a), a: Comida Medicina Otro El ambiente (piquete de insectos, fiebre del heno, etc.)

A continuación, por favor describa lo que el participante es alérgico y la reacción vista, en detalle. Por favor especifique la alergia y describa medidas preventivas o de solución para cada alergia.

Describe alergia(s) a continuación:

Lista de alergia(s):

Describe la reacción:

Lista de Medidas Preventivas:

Lista de Medidas de Solución:

Ejemplo

Alergia(s):

Medicamentos: Alérgicos a medicamentos NSAIDS (Ibuprofen, Advil, Aleve, Motrin, ect).

Reacción: Le salen ronchas con picazón, piel roja e cálida

Medidas Preventivas: No consuma NSAIDS, use Acetaminofén como analgésico y hielo o métodos alternativos para tratar la inflamación.

Medidas de Solución: Tome *Claritin* u otro medicamento para la alergia.

DIETA/NUTRICIÓN: Por favor marque el cuadro(s) que aplique.

- No hay necesidades dietéticas especiales. El participante come una dieta regular.
- Este participante tiene necesidades alimentarias especiales. *Por favor seleccione de las opciones a continuación*
 - Vegetariano Vegano Libre de Lacteos Sin Gluten Otro: _____

INMUNIZACIONES: Por favor marque el cuadro(s) que aplique.

- Mi hijo está al día con sus inmunizaciones y vacunas antitetánicas, según los requiere la ley del Estado de Washington.
- Mi hijo tiene una exención de inmunizaciones archivada con su escuela. Entiendo y acepto los riesgos a mi hijo por no estar completamente inmunizado.

SALUD MENTAL, EMOCIONAL, Y SOCIAL: Marque "Sí" o "No" para cada pregunta.

Respecto al participante:

1. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por déficit de atención (ADD, en inglés) o déficit de atención/trastorno de hiperactividad (ADHD)? Sí No
2. Durante los pasados 12 meses, ¿le ha atendido un médico profesional por razones de salud mental y/o emocional? Sí No
3. ¿Ha ocurrido un evento significativo en la vida que continúa afectando la vida del participante? (Historia de abuso, trauma física o sexual, trastornos de conducta tales como confrontación desafiante, discapacidad del desarrollo, trastornos de espectro autista, muerte de un ser querido, cambios familiares, adopción, cuidado de acogida, nuevo hermano, sobrevivir un desastre, otros.) Sí No

Favor de explicar todas las respuestas afirmativas "Sí" en el espacio abajo y anote el número de la pregunta.

(continúa en la siguiente página)

HISTORIA GENERAL DE SALUD: Marque “Sí” o “No” para cada condición médica.

Respecto al participante, ¿alguna vez ha tenido una de las siguientes condiciones?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| 1. ¿Una concusión? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 8. Para mujeres, ¿problemas con la regla/ menstruación? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Lesión de hueso/coyuntura? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 9. ¿Ha tenido asma/resuellos/falta de aliento? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Una cirugía? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 10. ¿Tiene diabetes? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿Enfermedad cardiovascular u otros problemas cardiacos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 11. ¿Ha tenido dolores de cabeza? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5. ¿Epilepsia/convulsiones? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 12. ¿Su hijo/hija ha sido hospitalizado en los últimos 2 años? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 6. ¿Enfermedad por el calor? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 13. NO hay problema de salud actuales o anteriores | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| 7. ¿Ha tenido una lesión reciente? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

Favor de explicar todas las respuestas afirmativas “Sí” en el espacio abajo y anote el número de la pregunta.

MEDICAMENTOS: Por favor marque el cuadro(s) que aplique.

“Medicamento” es una sustancia que una persona toma para mantener y/o mejorar la salud. Esto incluye vitaminas y remedios naturales. **Todos los medicamentos tienen que estar en sus envases originales. Las medicinas recetadas tienen que tener escrito en el envase el nombre del alumno y cómo debe administrarse el medicamento. Favor de enviar solo los medicamentos que son necesarios.**

- Este participante **NO TOMARÁ** ningún medicamento diariamente mientras asiste a la Academia.
- ¹ Este participante **TOMARÁ** el siguiente medicamento(s) diariamente mientras asiste a la Academia.

DETALLES DE LOS MEDICAMENTOS

1. Nombre De Medicamento _____ Fecha De Inicio: _____
Cuándo Se Administra Desayuno Almuerzo Cena Otro horario: _____
Cantidad O Dosis Administrada _____ Cómo Se Administra _____
2. Nombre De Medicamento _____ Fecha De Inicio: _____
Cuándo Se Administra Desayuno Almuerzo Cena Otro horario: _____
Cantidad O Dosis Administrada _____ Cómo Se Administra _____
3. Nombre De Medicamento _____ Fecha De Inicio: _____
Cuándo Se Administra Desayuno Almuerzo Cena Otro horario: _____
Cantidad O Dosis Administrada _____ Cómo Se Administra _____
4. Nombre De Medicamento _____ Fecha De Inicio: _____
Cuándo Se Administra Desayuno Almuerzo Cena Otro horario: _____
Cantidad O Dosis Administrada _____ Cómo Se Administra _____

¹ Note: Estas provisiones respecto a la administración de medicamentos no debe abrogar los derechos de los menores a proveer su propio consentimiento a ciertos servicios bajo ley del Estado de Washington.

RESTRICCIONES:

He repasado el programa y las actividades del programa y pienso que el participante puede participar

- Sin restricciones.
- Con las siguientes restricciones o adaptaciones (**Por favor, a continuación describa las acomodaciones necesarias**).

Ejemplo: El estudiante está en silla de ruedas y necesitará una habitación, aula(s) y edificios accesibles para personas con discapacidades. Las actividades pueden necesitar ser modificadas para participar.

Por favor, describa las acomodaciones necesarias

¿QUÉ SE NOS HA OLVIDADO PREGUNTAR?

Por favor de proveer en el espacio a continuación, cualquier información adicional sobre la salud del participante que usted cree que es importante o que puede afectar su habilidad de participar plenamente en el programa. Adjunte información adicional, si es necesario.

Este historial de salud es correcto y reflejo con exactitud el estado de salud del participante al cual pertenece. La persona descrita tiene permiso a participar en todas las actividades del programa excepto según lo que he expresado yo y/o un médico de cabecera. Entiendo que la información en este formulario se compartirá con los que “necesitan saber” del personal de la universidad y OSPI. Doy permiso para hacer copias de este formulario. Además, el personal médico tiene mi permiso de obtener una copia de los registros médicos de mi hijo de los médicos que dan tratamiento a mi hijo y estos médicos pueden hablar con el personal del programa sobre el estado de salud de mi hijo.

(This health history is correct and accurately reflects the health status of the participant to whom it pertains. The person described has permission to participate in all program activities except as set forth by me/and or an examining physician. I understand the information on this form will be shared on a “need to know” basis with University/OSPI staff. I give permission to photocopy this form. In addition, the health care provider has my permission to obtain a copy of my child’s health records from providers who treat my child and these providers may talk with the program’s staff about my child’s health status.)

CONTACTO Y EXONERACIÓN PARA EMERGENCIAS MÉDICAS

Nombre del Participante: _____

Genero: _____ Fecha de Nacimiento (mes/día/año): _____

Edad del Participante al llegar al Programa *Atrevete a Soñar*: _____ Años.

Proveedor de Seguro de Salud: _____ Número de Poliza: _____

PROPORCIONE UNA COPIA DE LA TARJETA DEL SEGURO, SI ESTÁ DISPONIBLE

Marque aquí si el participante **NO TIENE** seguro de salud

A PADRE(S)/GUARDIÁN(ES):

Favor de completar este formulario y **hacer una copia para guardar**. Adjunte información adicional si es necesario.

PADRE/GUARDIÁN con el que reside y/o con autoridad para tomar decisiones en caso de enfermedad o lesión:

Nombre: _____ Parentesco al participante: _____

Teléfonos preferidos: (_____) _____ y (_____) _____ E-mail: _____

Domicilio: _____

Dirección física

Ciudad

Estado

Código postal

SEGUNDO PADRE/GUARDIÁN con custodia legal para contactar en caso de enfermedad o lesión:

Nombre: _____ Parentesco al participante: _____

Teléfonos preferidos: (_____) _____ y (_____) _____ E-mail: _____

Domicilio: _____

Dirección física

Ciudad

Estado

Código postal

CONTACTO PARA EMERGENCIAS

Doy permiso para que las personas incluidas en la lista recojan al estudiante y/o actúen en nombre de los padres/guardián(es), en caso de que surja una emergencia y el personal del evento no pueda comunicarse con ninguno de los padres/ guardián(es).

Además de los padres/guardián(es), entiendo que a mi estudiante solo se le permitirá irse con estos individuos.

- Proporcione un mínimo de dos contactos a continuación.
- Se puede solicitar una identificación con foto durante la recogida del estudiante.

1. Nombre de Persona Autorizada: _____

Parentesco al Participante: _____ Número de Teléfono: (_____) _____

2. Nombre de Persona Autorizada: _____

Parentesco al Participante: _____ Número de Teléfono: (_____) _____

3. Nombre de Persona Autorizada: _____

Parentesco al Participante: _____ Número de Teléfono: (_____) _____

(continúa en la siguiente página)

SPANISH DISCLAIMER: En una emergencia que requiera atención médica o durante una situación en que razonablemente creen los agentes autorizados de la Universidad y la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI), incluyendo el personal de la Academia, que es una emergencia; autorizo a la Universidad, OSPI y a sus agentes autorizados a que obtengan atención médica urgente para mi hijo. Yo seré responsable por los gastos incurridos por hacerlo, incluyendo pero no limitado al cuidado por los profesionales de atención médica, y hospitalaria, ambulancia u otros servicios. Además, el personal médico tiene permiso de obtener una copia del registro medico de mi hijo de los proveedores que atienden a mi hijo y estos proveedores pueden hablar con el personal del programa sobre el estado de salud de mi hijo.

En caso de hospitalización, autorizo al personal de la Academia de permanecer con mi hijo/a hasta que yo pueda presentarme en el hospital.

NOTA: Los menores pueden consentir a ciertos servicios en el Estado de Washington. Exonero y estoy de acuerdo a indemnizar a la Universidad y a la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública, sus agentes autorizados y empleados y al personal de la Academia Atrévete a Soñar, la Academia Académica y Academia de Ciencias de la Salud de las decisiones para buscar tratamiento urgente.

ENGLISH: In an emergency requiring medical attention or a situation reasonably believed by the University and the Office of Superintendent of Public Instruction (OSPI) authorized agents including Academy staff to be an emergency; I authorize the University/OSPI and its authorized agents to obtain emergency medical care for my child. I will be responsible for any expenses incurred in so doing including but not limited to care by health care professionals, hospital care, and ambulance or other services. In addition, the health care provider has permission to obtain a copy of my child's health record from providers who treat my child and these providers may talk with the program's staff about my child's health status.

In the event of hospitalization, I authorize the Academy staff to remain with my child until I am able to present myself at the hospital.

NOTE: Minors may consent to certain services in Washington. I hold harmless and agree to indemnify the University and the Office of Superintendent of Public Instruction, its authorized agents and employees and the staff of Dare to Dream Academy, Academic Academy and Health Science Academy from decisions to seek emergency treatment.

PROVEEDOR(ES) DE CUIDADO DE SALUD PRINCIPAL:

Nombre del médico(s) **principal** del participante: _____

Teléfono: (_____) _____

PROVEEDOR(ES) DE SALUD ADICIONALE(S):

Nombre(s): _____ Número(s) de Contacto: (_____) _____

Nombre(s): _____ Número(s) de Contacto: (_____) _____

Firmo voluntariamente esta autorización en consideración para dar permiso para que mi hijo participe en la Academia. He leído y entiendo su contenido y significado.

(I voluntarily sign this authorization in consideration for permission for my child to participate in the Academy. I have read it, and I understand its content and significance.)

X _____

Firma de **Padre/Guardián** (para participantes menores de 18 años de edad)

Fecha

X _____

Firma del **Participante** a la Academia

Fecha

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PAQUETE DE INSCRIPCIÓN

Al firmar a continuación, acepto que he leído cuidadosamente cada uno de los componentes contenidos en este paquete de registro, entiendo el contenido y la importancia, estoy completamente informado sobre este programa, las circunstancias y actividades y acepto cada uno de los términos descritos en los componentes. de este paquete de registro.

Forma Aceptación de Riesgo:

Como padre/guardián, al firmar a continuación, acepto que he leído cuidadosamente el documento, entiendo su contenido y estoy completamente informado sobre este programa y las circunstancias. Soy consciente de que el documento es un contrato con la Universidad / OSPI y los patrocinadores del programa. Entro en este contrato libre y voluntariamente.

Forma Código de Conducta:

Al firmar a continuación, nosotros, el participante y el padre/guardián, acordamos que hemos leído y entendemos las expectativas de comportamiento, incluidas las disposiciones para la expulsión inmediata como se indica en este documento.

- **Solo participante:** estoy de acuerdo en cumplir con las expectativas de comportamiento en todo momento durante la estadía en *la Academia Atrévete a Soñar, la Academia Académica y Academia de Ciencias de la Salud.*
- **Solo para padre/guardián:** Estoy de acuerdo en que he discutido estas expectativas con mi estudiante, quien ha aceptado cumplirlas en todo momento durante la estadía en *la Academia Atrévete a Soñar, la Academia Académica y Academia de Ciencias de la Salud.*

Consentimiento de Grabación de Imagen y Voz:

Al firmar a continuación, nosotros, el padre/guardián y el participante, acordamos que hemos leído cuidadosamente el formulario, entendemos el contenido y seleccionamos el consentimiento o el rechazo del consentimiento en relación con el uso de la imagen y la grabación de voz del participante.

Forma de Salud del Participante:

Como padre/guardián, al firmar a continuación, estoy de acuerdo en que el historial médico proporcionado es correcto y refleja con precisión el estado de salud del participante al que pertenece. La persona descrita como el estudiante/participante tiene permiso para participar en todas las actividades del programa, excepto según lo establecido por mí y/o un médico examinador. Entiendo que la información en el formulario se compartirá según sea necesario con el personal de la Universidad/OSPI. Doy permiso para fotocopiar el formulario. Además, el proveedor de atención médica tiene permiso para obtener una copia de los registros de salud de mi hijo de los proveedores que la tratan y estos proveedores pueden hablar con el personal del programa sobre el estado de salud de mi hijo.

Forma Contacto de Exoneración para Emergencias Médicas:

Este formulario de contacto y exoneración médica de emergencia requiere una firma por separado en la página 8.

PADRE/GUARDIÁN: Firmo voluntariamente esta autorización en consideración por el permiso para que mi hijo participe en la Academia.

Firma de **Padre/Guardián** (para participantes menores de 18 años de edad)

X _____ Fecha _____

Parentesco al Participante: _____

PARTICIPANTE: Firmo voluntariamente esta autorización para considerar mi participación en la Academia.

Firma de **Participante:**

X _____ Fecha _____

(Continúa en la página siguiente para los estudiantes que participan en la Academia Académica de la Universidad Central de Washington)

SÓLO PARA LOS PARTICIPANTES DE LA ACADEMIA ACADÉMICA EN CWU



PUGET SOUND ENERGY RENUNCIA Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nombre del Participante: _____

Nombre del Distrito Escolar: _____

DEBE SER LEÍDO Y FIRMADO POR CADA PERSONA ANTES DE ENTRAR A LAS INSTALACIONES EÓLICAS WILD HORSE DE PUGET SOUND ENERGY, INC.

Puget Sound Energy (PSE-inglés) ofrece al público en general, sin cargo alguno, gira para recorrer su instalación eólicas Wild Horse. A cambio de conceder este privilegio, el cual reconozco como una consideración adecuada, Yo, el que suscribe, en mi propio nombre y en el de mis herederos, cesionarios y representantes personales, por el presente me comprometo a asumir la responsabilidad exclusiva y completa por toda lesión que pueda sufrir mientras me encuentre en la planta de PSE; y por el presente renuncio de manera anticipada a cualquiera y a todas las reclamaciones por tales pérdidas, incluido cualquier derecho de subrogación que tanto yo, como mis herederos, cesionarios, representantes personales o aseguradores podamos tener contra PSE, sus funcionarios, directores, compañías matrices, subsidiarias, afiliadas o empleados.

Asimismo, entiendo y reconozco que mi presencia en la planta de PSE o mi participación en la gira pueden exponerme a peligros por riesgos tanto conocidos como imprevistos. En reconocimiento de la existencia de tales peligros, asumo el riesgo, incluido aquel por conducta negligente, y eximo y libero a PSE, sus funcionarios, directores, compañías matrices, subsidiarias o afiliadas de todas y cada una de las reclamaciones, así como de la responsabilidad, en relación con cualquier lesión que mi persona o propiedad puedan sufrir y que se produzca mientras me encuentre en la planta de PSE. Asimismo, acepto y me comprometo a no iniciar una demanda contra PSE, sus funcionarios, directores, compañías matrices, subsidiarias, afiliadas o empleados por cualquiera de tales reclamaciones.

Al firmar esta exención, RECONOZCO PLENAMENTE QUE EN CASO DE RESULTAR LESIONADO O EN CASO DE QUE MI PROPIEDAD RESULTARA DAÑADA DURANTE MI PERMANENCIA EN LA INSTALACIÓN DE PSE, NO TENDRÉ DERECHO ALGUNO A PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN NI A INICIAR UNA DEMANDA CONTRA PSE, SUS FUNCIONARIOS, DIRECTORES, COMPAÑÍAS MATRICES, SUBSIDIARIAS, AFILIADAS O EMPLEADOS, INDEPENDIEMENTE DE LA PERSONA O ENTIDAD QUE PROVOQUE LA LESIÓN O DAÑO. HE LEÍDO Y COMPRENDO PLENAMENTE ESTA RENUNCIA Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDADES, Y ME COMPROMETO A NO ENTABLAR NINGUNA DEMANDA. SÉ Y ENTIENDO QUE MI FIRMA EN ESTE FORMULARIO ACTÚA COMO UNA EXENCIÓN COMPLETA DE PSE, SUS FUNCIONARIOS, DIRECTORES, COMPAÑÍAS MATRICES, SUBSIDIARIAS, AFILIADAS O EMPLEADOS DE TODA RESPONSABILIDAD, INCLUIDA SU PROPIA NEGLIGENCIA. DOY MI CONSENTIMIENTO LIBRE E INTENCIONALMENTE PARA ESTA RENUNCIA Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDADES, Y ME COMPROMETO A NO INICIAR UNA DEMANDA.

¡LEA CUIDADOSAMENTE! SUS DERECHOS LEGALES SON AFECTADOS

Nombre del Participante en letra de molde

Dirección de la Residencia del Participante en letra de molde

Ciudad, Estado, Código Postal

X _____
Firma del Participante

Fecha

X _____
Firma del Padre o tutor legal (obligatorio si el participante de la gira es menor de 18 años)

Fecha