

# VOICES FROM THE FIELD | VOCES DESDE EL CAMPO

ISLANDWOOD, BAINBRIDGE ISLAND

JUNE 22-26, 2020 | 22-26 de junio, 2020

## REGISTRATION PACKET / PAQUETE DE REGISTRACIÓN

*Space is Limited Register Today! | ¡El Cupo Es Limitado Registrate Hoy!*

A listing of migrant students identified as eligible to attend is available through MSIS academies database at:

Una lista de los estudiantes migrantes identificados como elegibles para asistir está disponible a través de la MSIS base de datos MSIS de las academias en:

[www.msdr.org](http://www.msdr.org)

### DISTRICT INFORMATION | INFORMACIÓN DEL DISTRITO

**SCHOOL DISTRICT NAME:** \_\_\_\_\_

*Nombre del distrito escolar*

**DISTRICT CONTACT NAME:** \_\_\_\_\_

*Nombre del contacto en distrito*

**DISTRICT CONTACT PHONE & EMAIL :** ( \_\_\_\_\_ ) **EMAIL:** \_\_\_\_\_

*Número de teléfono y correo electrónico del contacto en el distrito*

*Correo Electrónico*

### STUDENT INFORMATION | INFORMACIÓN DEL ALUMNO

**STUDENT'S NAME:** \_\_\_\_\_

*Nombre del alumno/a:*

**GRADE LEVEL:** \_\_\_\_\_

*Grado Escolar:*

### IMPORTANT | IMPORTANTE

Please make sure **ALL** forms are completed and signed before submitting the registration packet, 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.

Asegúrese de que **TODOS** los formularios se hayan completado y firmado antes de enviar el paquete 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.

### REGISTRATION DEADLINE & FORMS CHECKLIST | FECHA LÍMITE DE REGISTRACIÓN Y LISTA VERIFICACIÓN

*Remember to keep a copy for your files | Recuerda de hacer copias para tus archivos*

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

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

**Registration Deadline | Fecha Límite para Registración:  
Friday, May 15, 2020 | Viernes, 15 de mayo del 2020**

Islandwood - Release Form | Formulario de Autorización

• Se requiere la firma de un padre/guardian

Islandwood - Medical/Dietary Questions

Preguntas Médicas/Dietéticas – Islandwood

#### MAIL | CORREO:

MSDRS-Student Support Services

Attention: SUMMER EVENTS

810-B East Custer Avenue | Sunnyside, WA 98944

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

EMAIL.....[events@msdr.org](mailto:events@msdr.org)

Registration questions? Contact

*¿Preguntas de Registración?*

*Comuníquese con*

MSDRS: 800-274-6084

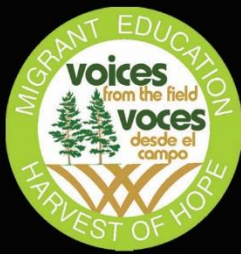
[www.msdr.org](http://www.msdr.org)

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

March 11, 2020



# VOICES FROM THE FIELD | VOCES DESDE EL CAMPO

ISLANDWOOD, BAINBRIDGE ISLAND

JUNE 22-26, 2020 | 22-26 de junio, 2020

## What Students May Bring and Not Bring Lo que los Estudiantes Pueden Traer y No Traer

IMPORTANT | IMPORTANTE

**THE CLASSES GO ON, RAIN OR SHINE!** Please make sure each student has adequate cold-weather clothing including thick warm socks, long underwear, and sweaters.

**LAS CLASES SIGUEN, ¡LLUEVA O NO LLUEVA!** Asegúrese de que cada alumno tenga la ropa adecuada para el clima frío, incluidos calcetines gruesos y calentitos, ropa interior larga y suéteres.

### STUDENTS AND CHAPERONES SHOULD BRING

- Sneakers or hiking shoes
- Extra pair of sturdy walking shoes
- Warm jacket
- Sweater and/or sweatshirt
- T-shirts or other light shirts
- Daily change of underwear
- 4 pair of long pants or shorts
- Pajamas
- Slippers for the lodges (no shoes policy)
- Plastic bag for dirty clothes
- Rain jacket & rain pants
- Sleeping bag or comforter
- Pillow
- Bath towel
- Books and writing materials
- Travel mug
- Extra Socks

### \*MEP WILL PROVIDE FOR STUDENTS

- Rain poncho
- Sling bag
- Water bottle
- Deodorant
- Sunscreen
- Toothbrush and Toothpaste
- Pencil
- Body Wash
- Bug Repellant

\*Migrant Education Program

### DO NOT BRING

- Sandals or open-toed shoes
- Knives, other sharp items, weapons
- Matches or fireworks
- Food or candy of any kind
- Jewelry or valuables
- Cell phones (students only)
- Alcohol or drugs
- Aerosol insect sprays or sunscreen sprays

### ESTUDIANTES Y CHAPERONES DEBEN TRAER

- Zapatos o zapatos para ir de excursión
- Par adicional de zapatos cómodos para caminar
- Chaqueta caliente
- Suéteres / sudaderas
- Camisetas(T-shirt) u otras camisas ligeras
- Cambio diario de ropa interior
- 4 pares de pantalones /pantalones cortos (Shorts)
- Pijama/ ropa de dormir
- Pantunflas para la casa de campo (política de no zapatos)
- Bolsa de plástico para ropa sucia
- Chaqueta y pantalones de lluvia
- Saco para dormir o cobija
- Almohada
- Una toalla de baño
- Libros y materiales para escribir
- Taza de viaje
- Calcetines extra

### MEP PROPORCIONARÁ PARA LOS ESTUDIANTES

- Poncho para la lluvia
- Mochila
- Botella para agua
- Desodorante
- Protector contra el Sol
- Cepillo de dientes y pasta dental
- Lapice
- Jabón para el cuerpo
- Repelente de insectos

\*Programa de Educación Migrante (MEP por sus siglas en Inglés)

### NO TRAIGAS

- Sandalias o zapatos abiertos
- Cuchillos, otros objetos afilados, armas
- Cerillos o fuegos artificiales
- Comida o dulces de cualquier tipo
- Joyas u objetos de valor
- Teléfonos celulares (solo estudiantes)
- Alcohol o drogas
- Aerosoles contra insectos o de protección solar

### QUESTIONS & EMERGENCY CONTACT/PREGUNTAS Y CONTACTO PARA EMERGENCIA:

Mary Meier, Community Education Manager: 206-855-4361

IslandWood | 4450 Blakely Avenue | Bainbridge Island, WA 98110 | [www.islandwood.org](http://www.islandwood.org)

# IslandWood Release Form

(Children under 18 years old)

**PARENT OR GUARDIAN: PLEASE COMPLETE BOTH SIDES OF THIS FORM IN INK.**

STUDENT'S NAME \_\_\_\_\_ MSIS # \_\_\_\_\_

School/District: \_\_\_\_\_ Program Dates: \_\_\_\_\_

Chaperone's Name: \_\_\_\_\_

Child's Age: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_ Gender: Female Male Other

Address (include city and zip): \_\_\_\_\_

1) Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_ Day Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Evening Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

2) Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_ Day Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Evening Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**EMERGENCY CONTACT: I HEREBY GIVE PERMISSION FOR THE LISTED INDIVIDUALS TO ACT ON BEHALF OF AND/OR PICK UP THE STUDENT FOR THE PARENTS/GUARDIANS SHOULD AN EMERGENCY ARISE AND EVENT STAFF ARE UNABLE TO REACH EITHER PARENT/GUARDIAN.**

1) Contact Name: \_\_\_\_\_ Day Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Evening Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Pager/Cell: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

2) Contact Name: \_\_\_\_\_ Day Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Evening Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Pager/Cell: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## PLEASE READ THE FOLLOWING CAREFULLY BEFORE SIGNING ACKNOWLEDGEMENT AND RELEASE AUTHORIZATION FOR MEDICAL TREATMENT:

I am familiar with the program for which the child is registering. I understand that this program involves activities of a physical nature that will take place in an outdoor environment and may include hiking on trails and rough terrain and in the vicinity of bodies of water, overnight camping and walking on high bridges and canopy walkways. I further understand that there are risks associated with these kinds of activities.

As a condition of participation in this program and/or the use of IslandWood equipment and/or facilities, I agree that I will be fully responsible for any and all personal injuries, property damage, loss of personal property, or any other loss that may result from my child's participation, and I agree not to hold IslandWood, Office of the Superintendent of Public Instruction (OSPI) responsible, and their respective agents and employees, to the fullest extent permitted by law, for any damages, liabilities or expenses that result from participation in this program and/or the use by the participant of any IslandWood facilities and /or equipment.

If my child is taking any medication, I understand that IslandWood will not be responsible for administering or dispensing such medication and that I will be required to make any necessary arrangements for the administering of such medication through the participant's school. I hereby give permission to personnel of ISLANDWOOD to authorize any x-rays, tests, procedures, anesthetic, surgery or treatment on behalf of, and to provide or arrange for any transportation of, my child as may be required in the event of an emergency. If I, or the emergency contacts designated previously, cannot be contacted, I hereby give permission to a licensed physician, or other qualified health care provider as may be appropriate, to administer such treatment to my child, the participant, as may be necessary under the circumstances, including the hospitalization of my child.

I certify that I have completed the Health History and Health Questionnaire on the back of this form fully and accurately and accept full responsibility for any errors or omissions.

**MEDIA/ARTWORK AUTHORIZATION:** I agree that any photographs or digital images taken by IslandWood personnel of my child as a program participant, and copies of artwork made by my child while an IslandWood program participant, shall be the property of IslandWood, and may be used by IslandWood and OSPI, at its discretion, for any publicity, education, marketing and/or advertising purposes and I hereby consent to and authorize such use without restriction.

I understand that I have completed the Health History and Health Questionnaire on the back of this form fully and accurately and accept full responsibility for any errors or omissions.

**I HAVE READ THE AGREEMENT, FULLY UNDERSTAND IT, AND GRANT PERMISSION FOR MY CHILD TO PARTICIPATE IN THE PROGRAM IDENTIFIED ABOVE.**

Signature of Parent or Legal Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Print Your Name: \_\_\_\_\_ Your Relationship to Child: \_\_\_\_\_

**BEFORE RETURNING THIS FORM TO YOUR CHILD'S SCHOOL,  
BE SURE TO COMPLETE THE MEDICAL/DIETARY QUESTIONS ON PAGE 2**

# ISLANDWOOD MEDICAL/DIETARY QUESTIONS

STUDENT'S NAME \_\_\_\_\_

SCHOOL DISTRICT \_\_\_\_\_

## PHYSICAL CONDITION

Please list any non-allergy physical/medical conditions that would be helpful for us to know about this child. There is space in the next box for allergies.

---

---

---

---

---

Is this child capable of walking 3 miles, with frequent rest stops, in the course of a day?  YES  NO

## MEDICATIONS

Is your child taking any medications?  YES  NO

If yes, please list and describe:

Name of Medication	Dosage & Instructions
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____

## FOOD REQUESTS

Please indicate any dietary requests due to your child's preferences, religious practice, lactose intolerance, food sensitivity, or as treatment for a behavioral condition. The following requests are **NOT** due to a food allergy: Please circle any that apply:

- No meat (Vegetarian)
- No animal products (Vegan)
- No Pork
- No Red Meat
- No Nuts
- No Wheat/Gluten
- No Dairy (note *any* exceptions under "other")
- Other: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ALLERGIES

Has your child been tested and diagnosed for a food allergy by a health care professional?

YES\*  NO\*\*

\*If YES, a copy of a signed & completed (by the treating doctor) Food Allergy Action Plan must be attached to this form. Your child may not attend IslandWood without one.

\*\*If NO, skip this section & list any food requests in the box on the right under Food Preferences.

Other Allergies (not food-related):

---

---

---

## MISCELLANEOUS

Is there anything else that you believe it is important we know in regards to your child's participation in this program? If so, please describe:

---

---

---

---

---

## HEALTH CARE

Name of Physician: \_\_\_\_\_

Physician's telephone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Is child covered by any medical insurance:

YES  NO

If so, Name of Health Insurance Provider:

---

Subscriber's Name: \_\_\_\_\_

**\*\*Please read and sign page 1 (IslandWood Release Form).\*\***

# Formulario de Autorización IslandWood

(Niños menores de 18 años de edad)

**PADRE O GUARDIÁN: POR FAVOR COMPLETE LOS DOS LADOS DE ESTA FORMA EN TINTA**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ MSIS # \_\_\_\_\_

Escuela/Distrito: \_\_\_\_\_ Fecha del Programa: \_\_\_\_\_

Nombre de Chaperone/a \_\_\_\_\_

Edad del Niño: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Femenino  Masculino  Otro

Domicilio (incluye ciudad y código postal): \_\_\_\_\_

1) Nombre de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono-Día: ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono Noche: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

2) Nombre de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono-Día: ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono Noche: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA: POR ESTE MEDIO, DOY PERMISO PARA QUE LAS PERSONAS INDICADAS ACTÚEN EN MI NOMBRE Y/O RECOGAN AL ESTUDIANTE EN NOMBRE DE LOS PADRES/GUARDIANES EN CASO DE QUE SURJA UNA EMERGENCIA Y EL PERSONAL DEL EVENTO NO PUEDA COMUNICARSE CON LOS PADRES/GUARDIANES.**

1) Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono-Día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono Noche: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Pager/Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

2) Nombre de Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono-Día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono Noche: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Pager/Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## **POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO:**

Estoy familiarizado con el programa para el cual el niño(a) está registrando. Entiendo que este programa consiste en actividades de carácter físico que se llevará a cabo en un ambiente al aire libre, y puede incluir caminatas por senderos y terrenos accidentados, y en las cercanías de cuerpos de agua, acampar durante la noche y caminar por puentes y pasarelas elevadas. Además, entiendo que hay riesgos asociados con este tipo de actividades.

Como condición para la participación en este programa y/o el uso del equipo de IslandWood y/o instalaciones, estoy de acuerdo que seré totalmente responsable de cualquier y todas las lesiones personales, daños a la propiedad, pérdida de propiedad personal, o cualquier otra pérdida que pueda resultar de la participación de mi hijo, y me comprometo a no responsabilizar IslandWood, la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSP-ingles) y sus respectivos agentes y empleados, en la máxima medida permitida por la ley, de los daños, responsabilidades o gastos que se derivan de la participación en este programa y/o el uso del participante de las instalaciones IslandWood y/o equipos.

Si mi hijo está tomando algún medicamento, entiendo que IslandWood no será responsable de la administración de dicho medicamento, y que tendrán que hacer los arreglos necesarios para la administración de medicamentos como en la escuela del participante. Por la presente autorizo al personal de IslandWood para autorizar a rayos X, pruebas, procedimientos de anestesia, cirugía o tratamiento en su nombre, y para proporcionar o hacer arreglos para cualquier transporte de mi hijo que sean necesarios en caso de una emergencia. Si yo, o los contactos de emergencia designados previamente, no se puede contactar, doy permiso a un médico con licencia, u otro proveedor calificado de atención médica como puede ser apropiado, para administrar este tratamiento a mi hijo, el participante, que sean necesarias de acuerdo con las circunstancias, incluyendo la hospitalización de mi hijo.

**Yo certifico que he completado la Historia de Salud y Cuestionario de Salud en el reverso de este formulario de forma completa y exacta y acepto toda la responsabilidad por cualquier error u omisión.**

**AUTORIZACIÓN DE MEDIA/OBRA DE ARTE:** Yo estoy de acuerdo que las fotografías o cintas de vídeo tomadas por cualquier miembro del personal IslandWood de mi hijo como participante del programa y copias de obras de arte hecho por mi hijo/a cuando está en Islandwood como participante del programa serán propiedad de IslandWood y OSPI (inglés), puede ser utilizado por IslandWood o OSPI, a su discreción, por cualquier publicidad, educación, comercialización y/o con fines publicitarios y doy mi consentimiento y autorizo dicho uso sin restricciones.

Entiendo que yo puedo ser contactado en el futuro por un miembro del personal de IslandWood para informarse de la experiencia de mi hijo.

**HE LEÍDO EL ACUERDO, TOTALMENTE LO ENTIENDO Y OTORGO PERMISO PARA MI HIJO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA IDENTIFICADO ANTERIORMENTE.**

Firma del Padre o Guardian Legal: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Imprima Su Nombre: \_\_\_\_\_ Su Parentesco con el Niño(a): \_\_\_\_\_

**ANTES DE DEVOLVER ESTE FORMULARIO A LA ESCUELA DE SU HIJO,  
¡ASEGÚRESE DE COMPLETAR LAS PREGUNTAS MÉDICAS/DIETÉTICA EN LA PÁGINA 2**

# ISLANDWOOD PREGUNTAS MÉDICAS/DIETÉTICAS

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

DISTRITO ESCOLAR \_\_\_\_\_

## CONDICIÓN FÍSICA

Por favor anote cualquier condición de no-alergia físicas/médicas que podrían ser útiles para nosotros saber acerca de este niño en una emergencia. Hay espacio en el cuadro siguiente para las alergias.

---

---

---

---

---

¿Es el niño capaz de caminar 3 millas, con frecuentes paradas para descansar, en el transcurso de un día?  SI  NO

## MEDICAMENTOS

¿Está su hijo(a) tomando algún medicamento?  SI  NO

En caso afirmativo, favor aliste y describa:

Nombre de Medicamento                      Dosis & Instrucciones

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE ALIMENTOS

Favor de indicar la solicitud de alimentos prefería su hijo por práctica religiosa, intolerancia a la lactosa, sensibilidad a los alimentos, o como tratamiento para un trastorno del comportamiento. Las siguientes preferías NO se deben a una alergia alimentaria:

Favor hacer un círculo a los que aplican:

- No carne (vegetariano)
- Ningún producto animal (vegan)
- No Cerdo
- No Carnes Rojas
- No Nueces
- No Trigo/Gluten
- No Lácteos (anote *cualquier* excepción abajo en "otro")
- Otro: \_\_\_\_\_

## ALERGIAS

¿Se han hecho exámenes a su hijo(a) y diagnosticado de alergia a los alimentos por un profesional de la salud?

SI\*  NO\*\*

\* En caso afirmativo, la copia de un Plan de Acción para la Alergia Alimentaria firmado y completado (**por el médico tratante**) se debe adjuntar a este formulario. Su hijo no puede asistir a IslandWood sin uno.

\*\* Si NO, omita esta sección y indicar las solicitudes de alimentos en el cuadro a la derecha bajo las preferencias alimentarias.

Otras Alergias (no relacionadas a los alimentos):

---

---

## MISCELÁNEO

¿Hay algo más que usted cree que es importante que debemos saber en lo que respecta a la participación de su hijo en este programa? Si es así, por favor describa:

---

---

---

---

---

## CUIDADO DE LA SALUD

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Teléfono del Médico: ( ) \_\_\_\_\_

Esta el niño(a) cubierto por algún seguro médico :  SI  NO

Si es así, Nombre del Proveedor Seguro de Salud:

---

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_

**\*\*Por favor lea y firme página 1 (Formulario de Autorización IslandWood).\*\***