

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR - AUTORIZACIÓN MÉDICA Y LIBERACIÓN

Consentimiento para participar: Mi estudiante _____ tiene mi permiso para participar en actividades escolares dentro y fuera de Kauffman Leadership Academy, incluido el transporte hacia y desde estas actividades en vehículos públicos o privados. Entiendo que se pueden establecer reglas con respecto a la vestimenta, el idioma y la conducta para los participantes en esas actividades. Acepto instruir a mi hijo para que cumpla con esas reglas, y reconozco que el incumplimiento de esas reglas puede resultar en la pérdida del derecho de mi hijo a participar en esas actividades.

Autorización médica: En caso de que mi hijo se lastime, se enferme o por cualquier motivo parezca necesitar atención médica, yo (1) autorizo a Kauffman Leadership Academy y a sus patrocinadores, empleados y agentes a transportar a mi hijo a un hospital u otra instalación médica; y (2) consentimiento para cualquier tratamiento o atención médica (incluidos procedimientos de diagnóstico, radiografías, tratamientos y procedimientos operativos) que esa persona o el médico tratante o el proveedor de atención médica consideren aconsejable, ya sea que se considere que existe una emergencia o no.

Entiendo que se puede presentar un original o una copia de este documento a un médico, dentista, empleado del hospital u otro proveedor de atención médica en el momento en que se autorice la atención médica, dental o quirúrgica, y que esta autorización libera al médico, dentista, hospital u otro proveedor de atención médica de cualquier responsabilidad que resulte de la falta de mi autorización específica para esa atención o tratamiento. También entiendo que esta autorización exime a Kauffman Leadership Academy, su personal, patrocinadores, empleados, agentes, representantes, funcionarios y miembros de la junta de cualquier responsabilidad relacionada con cualquier tratamiento médico proporcionado a mi estudiante. Asumo la responsabilidad del pago de cualquier atención médica o tratamiento o costos relacionados.

Liberación: entiendo que, si bien se harán intentos razonables para crear un ambiente seguro para estas actividades, los maestros, patrocinadores, empleados y agentes de Kauffman Leadership Academy no pueden observar ni controlar cada condición o las acciones, declaraciones y comportamiento de cada participante. . LIBO A LA ACADEMIA DE LIDERAZGO KAUFFMAN Y SU PERSONAL, PATROCINADORES, EMPLEADOS, AGENTES, REPRESENTANTES, FUNCIONARIOS Y MIEMBROS DE LA JUNTA DE TODAS LAS RESPONSABILIDADES, RECLAMACIONES, DAÑOS Y CAUSAS DE DEMANDA DE CUALQUIER NATURALEZA QUE SURJAN O ESTÉN RELACIONADOS CON LA PARTICIPACIÓN MÍO O DE MI HIJO EN DICHAS ACTIVIDADES Y LOS EXONERARÁ DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE PUEDA SURGIR DE CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE QUE INVOLUCRE A MI ESTUDIANTE EN LA MEDIDA PERMITIDA POR LA LEY.

Firma del padre/tutor Fecha

Nombre impreso

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN EN AMBOS LADOS
2022-2023
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Teléfono _____

Calificaciones en el otoño de 2022 _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Padre/tutor _____ Padre/tutor _____

Dirección _____ Dirección _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de casa _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono del trabajo _____

Teléfono celular _____ Teléfono celular _____

Correo electrónico: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Si ninguno de los padres/tutores anteriores está disponible, intente comunicarse con:

Nombre _____ Teléfono _____

Relación _____ Alt. Teléfono _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO Y DEL SEGURO

Nombre del médico _____ Teléfono _____

Compañía de seguros _____ Teléfono _____

Número de póliza _____

INFORMACIÓN MÉDICA Y DE OTRO TIPO

Medicamentos que su hijo toma con regularidad _____

Cualquier condición médica que su hijo tenga y que un médico deba conocer antes de tratar a su hijo

Otra información pertinente _____