|  |
| --- |
|  **Hollywood PAL** |
| **INFORMACIÓN DE APPLICANTE** |
| Nombre de Niño/a: |
| Fecha de nacimiento: | Género: (marque) Masculino Feminino | Teléfono: |
| Domicilio: |
| Ciudad: | Estado: | Zona postal: |
| E-mail: | Apodo: |
| En programa de lonche en la escuela?: (circle) Yes No | Cultura: (marque) Africano-Americano Armeniano AsiáticoCaucásico Hispano Otro | Escuela: |
| Grado: | Vive con: (marque) Madre Padre Madrastra Padrastro Guardián |
| **INFORMACIÓN DE PADRE O GUARDIÁN** |
| Nombre de Padre o Guardián : |
| Domicilio *(si diferent de arriba)* : | Género: (marque) Masculino Feminino |
| Ciudad: | Estado: | Zona Postal: |
| Número de teléfono: | Número de cellular: | Número de trabajo: |
| Empresa: |  | Empleo: |
| Ingreso Mensual de la familia: | Otro padre *o guardián:* | Authorizado/a a recoger: (Sí) (No) |
| **CÓNYUGE O GUARDIÁN** |
| Nombre: |
| Domicilio *(si diferent de arriba)* : | Género: (marque) Masculino Feminino |
| Ciudad: | Estado: | Zona Postal: |
| Número de teléfono: | Número de cellular: | Número de trabajo: |
| Empresa: |  | Empleo: |
| Authorizado/a a recoger: (Sí) (No) |
| **CONTACTO DE EMERGENCIA Y INFORMACIÓN MEDICA** |
| Nombre de pariente/amigo: |
| Número de teléfono: |
| Relación a niño/a: |
| Nombre de pariente/amigo: |
| Número de teléfono: |
| Relación a niño/a: |
| Información de seguro: | Número de póliza: | Doctor: |
| Teléfono del doctor: | Medicaciones: | Condiciones de salud : |
| Hospital: | Alergias/Alergias a las medicaciones: |
| Discapicidades: |
| Pago recibido: Fecha: Identificación fotográfica |
| Certificado de nacimiento: Inmunización: Grados reciente: |

****

|  |
| --- |
| **Firmas** |
| En consideración de la aceptación de mi niño/a en los programas educativos del Police Activities League (PAL) los padres infrascritos/guardián legales del estudiante consienten a la participación del estudiante en las actividades y los programas de PAL y liberan el programa de cualquier responsabilidad, daño o pérdida que puede ser asociada a, o que puede presentarse fuera de la participación de los estudiantes en esto, como sigue. |
| **1. Consentimiento** |
| A. Actividades de PAL y eventos especiales. (1) Las actividades de PAL que son parte del plan de estudios de los estudiantes. Y (2)Eventos especiales en, o que pertenecen a PAL “Eventos especiales” significara todo los otros eventos programados o proyectos que no son necesariamente parte de la actividad general del estudiante o que no son parte de las actividades perteneciendo a deportes o paseos. |
| B. Deportes: Este consentimiento se aplica a la participación del estudiante en tales actividades de deportes, si como participante activo en el deporte o no y este consentimiento también se extiende a la transportación a la localización de tales actividades de deportes. |
| C. Viajes. Viajes, asociados, o arreglados por PAL. Para el propósito de esto, “viajes,” salidas, o visitas a localizaciones, con la excepciónde cualquiera de las localizaciones de PAL para la educación, cultura, social, política o otro propósito beneficioso, incluyendo pero no limitado a los museos, sitios históricos, conciertos, y otras localizaciones educativos, fábricas y instalaciones industrials, bancos o corporaciones y otras empresas comerciales y más. Yo también doy la autorización completa par mi hijo/a que participe en todos los viajes que son parte de las actividades del programa de PAL. |
| **2. Permisos** |
| A. Reclamos Especiales: El abajofirmante suelta a PAL y sus afiliados, los oficiales, los directores, los accionistas, los empleados, los abogados, los agentes, los representantes, los antecesores, los sucesores y asigna y todos otros que actúan por, por o bajo mismo, de cualquier obligación, el daño o la pérdida que pueden ocurrir debido a o surgiendo fuera de los asuntos descritos en la Sección 1 arriba, a pesar de si tal daño o la pérdida son la naturaleza de una herida personal, sucediendo al estudiante, o sucediendo a otro causado Por el estudiante, o cuando el daño de la propiedad, a pesar de cualquier extensión o daña. |
| B. Permiso para la Atención Médica: En caso de que mi niño llegue a ser enfermo o sostenga una herida mientras en el cuidado de PAL, yo entiendo que cada esfuerzo se hará para contactar el padre o guardián legal. Si no es posible alcanzarme ni el médico mencionado arriba para recibir las instrucciones para su cuidado medical, el consentimiento es dado al médico y/o el cirujano licenciados llamdó para o a quien el niño es llevado para el tratamiento por ellos, para administrar las drogas o las medicinas y para realizar tal procdeures quirúrgico como él pensará la emergencia existente requries para el alivio del dolor y al perserve su salud. |
| C. Permiso de fotografía y video: Debido a la naturaleza no lucrativa del programa de PAL, yo entiendo que el trabajo artístico, fotos ovideo de niños pueden ser utilizados para propósitos promocionales, sea en forma escrita, electrónica, (sitio web) u otras formas. Yo con lo cual doy mi consentimiento a utilizar fotos de mi niño para este propósito limitado. Además, yo por la presente consiento esa tal información, las fotografías, los videos, y/o las cintas de que ellos son hechos será la propiedad de PAL, y PAL tendrá el derecho de vender, duplicar, reproducir y hacer otros usos de tal información, de las fotografías, de los videos, y de las grabaciones como ellos pueden desear libre y claro de cualquier reclamo en mi parte. |
| Yo/nosotros hemos leído con cuidado este acuerdo del consentimiento y permiso y le ha dado a PAL la información correcta en la frente de esta forma. Yo/nosotros concordamos en actualizar esta información a como sea necesario y entiendo completamente lo que esta escrito arriba. . Estoy enterado que esto es un permiso y suelta PAL de toda obligación, incluyendo cualquier reclamo que no ahora conozca, y que es un contrato entre yo mismo y las Police Activities League (PAL), y/o sus organizaciones afiliadas, y yo/nosotros firmamos el documento voluntariamente. |
| **Firma de padre o guardián:** | **Fecha:** |
| **Firma de niño/a::** | **Fecha:** |
| **Tamaño de Uniforme:** **Camisa (circule uno): Pequeño de niño Mediano de niño Grande de niño**  **Pequeño de adulto Mediano de adulto Grande de adulto** **Corto (circule uno): Pequeño de niño Mediano de niño Grande de niño**  **­Pequeño de adulto Mediano de adulto Grande de adulto**  | **USO DE OFICINA:****DATE RECEIVED:** **PAID:** |