

## Access AfterSchool - Participant Permission and Health Form

This form must be signed and completed in order for your student to participate in Access' programs. Please provide ALL information on this form. The data is critical for Access to gain program funding.

Student \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Current Grade \_\_\_\_\_ Gender \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_

Parent/Legal Guardian \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_

Primary language spoken at home? \_\_\_\_\_ E-mail Address \_\_\_\_\_

What school does your child attend? \_\_\_\_\_ Do you have internet at home? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Emergency Contact \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

What county do you work in? Garfield \_\_\_ Pitkin \_\_\_ Eagle \_\_\_ Other \_\_\_\_\_

How will your child be going home after the program? Walk/Bike \_\_\_ Pick up \_\_\_ Public Bus \_\_\_ Other \_\_\_\_\_

The following individuals have permission to pick up my student. We will only allow students to leave Access' programs with the individuals listed below. Access is not responsible for your student after he/she is dismissed from the program.

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

### HEALTH INFORMATION

Primary Care Physician \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

**Emergency Treatment Release:** In the event that I cannot be reached in an emergency, I agree to accept any and all determinations of need for medical assistance and/or administration of medical attention deemed necessary by an Access representative. I hereby give permission to the medical personnel selected by an Access representative to secure any and all medical, hospitalization, dental, and/or surgical treatment. In event medical attention is needed from a healthcare provider, all costs shall be the responsibility of the parent or guardian.

Has your child had a serious illness or significant medical problem? Examples are: Asthma, convulsive disorder, diabetes, heart condition, ulcers, food allergies, epilepsy, etc.

YES \_\_\_ NO \_\_\_ If YES, give type of problem and explain \_\_\_\_\_

Is he/she currently on any medication for this problem?

YES \_\_\_ NO \_\_\_ If YES, what medication? \_\_\_\_\_

Is there any limitation on activities due to medical reasons?

YES \_\_\_ NO \_\_\_ If YES, explain \_\_\_\_\_

**Media Release:** I hereby provide Access and participating agencies permission to use film, videotape and/or photographs of the above mentioned minor for lawful promotional or informational purposes.

**School Information Release:** The school will provide your student's confidential information to Access. Access will use this information only for Access' programs. This has been set up to save you time filling out duplicate forms.

I, the parent/legal guardian of the above named youth, give approval for participation in Access sponsored activities. I assume all risks of injury whatsoever and agree to hold harmless Access and participating agencies from claim(s) of any nature arising from any activity, including transportation, connected with Access' programs. This hold harmless agreement includes, but is not limited to, any claim due to injury proximately resulting from negligence of Access, its employees, agents, participating agencies, and volunteers. I understand that any equipment received for use is the property of Access, and may be returned at the discretion of Access upon the termination of the participant's involvement in the program. I consent to Access office communicating information regarding my child's participation via the Internet.

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Print Name \_\_\_\_\_

Please initial only if you choose to withhold permission for any of the above mentioned sections:  
Emergency Treatment Release \_\_\_\_\_ Media Release \_\_\_\_\_ School Information Release \_\_\_\_\_

# Access AfterSchool - Permiso de Participación y Formulario de Salud

*Este formulario debe ser completado y firmado para que su estudiante pueda participar*

**Por favor llene TODA la información en este formulario. La información es fundamental para Access a obtener financiación del programa.**

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Padre/Guardián Legítimo \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

¿Qué idioma se habla en la casa? \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

¿En cuál escuela estudia su estudiante? \_\_\_\_\_ ¿Tiene usted internet en su casa? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿En qué condado trabaja usted? Garfield \_\_\_ Pitkin \_\_\_ Eagle \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

¿Cómo regresará a la casa su estudiante después del programa? A Pie / Bicicleta \_\_\_\_\_ Recoger \_\_\_\_\_ Bus Público \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Las personas mencionadas abajo pueden recoger a mi estudiante. No permitiremos a ningún estudiante salir del programa con nadie que no esté mencionado en la lista abajo, bajo ninguna razón, o sin permiso de los padres. Access AfterSchool no es responsable de su estudiante después de que el/ella acabe con el programa.

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## **INFORMACIÓN DE SALUD**

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Exoneración en Caso de Emergencia:** En caso de que no puedan comunicarse conmigo en una emergencia, acuerdo aceptar cualquier y todas las determinaciones si se requiere ayuda médica y/o del proporciona miento de atención médica juzgada necesaria por representantes de Access AfterSchool. Doy permiso al personal médico seleccionado por los representantes de Access para conseguir médicos, hospitalización, y/o tratamiento quirúrgico y dental. En el caso de que sea necesario atención médica, los padres o el guardián se harán responsables por todos los costos.

**¿Ha tenido su hijo(a) alguna enfermedad grave o problema médico?**

**Por ejemplo: asma, convulsiones, diabetes, fiebre reumática, alergias, problemas del corazón, úlceras, epilepsia, etc.**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Si marcó Sí, identifique el tipo de problema y explíquelo \_\_\_\_\_

**¿Está tomando ahora algún medicamento para ese problema?**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Si marcó Sí, ¿Qué tipo de medicamento? \_\_\_\_\_

**¿Tiene su hijo(a) alguna limitación por motivos médicos para realizar alguna actividad?**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Si marcó Sí, explíquelo \_\_\_\_\_

**Permiso de Uso de Material:** Doy permiso a Access AfterSchool y las agencias participantes de utilizar video y/o fotografías del menor de edad antedicho para propósitos promocionales y/o informativos permitidos.

**Permiso de Información Escolar:** La escuela brindará información confidencial de su estudiante a Access AfterSchool. Utilizaremos esta información solo para propósitos del programa después de la escuela. Esto ha sido diseñado para ahorrar su tiempo y no llenar formularios duplicados.

Yo, el padre / tutor legal del joven antes mencionado, doy mi aprobación para la participación en las actividades patrocinadas por Access. Asumo todos los riesgos de cualquier lesión y acepto mantener indemne a Access y organismos participantes de demanda(s) de cualquier naturaleza derivados de cualquier actividad, incluyendo el transporte, relacionada con el programa después de la escuela de Access. Este acuerdo de mantener indemne de toda responsabilidad incluye, pero no es limitado a, cualquier reclamo por lesión como resultado de negligencia de Access, sus empleados, agentes, agencias participantes y voluntarios. Entiendo que cualquier equipo recibido para el uso es la propiedad del Programa Después de la Escuela, y debe ser devuelto de acuerdo a la discreción de Access terminar la participación en el programa. Doy mi consentimiento para que Access comunique información sobre la participación de mi hijo a través del Internet.

**Firma del Padre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_ **Nombre** \_\_\_\_\_

**Por favor ponga sus iniciales si usted decide reusar permiso de algunas de las secciones mencionadas arriba:**

Tratamiento en Caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Uso de Material: \_\_\_\_\_ Información Escolar: \_\_\_\_\_