

E-Registration 2018-2019 Permisos

Apellido\_\_\_\_\_

Estudiante (s)\_\_\_\_\_

Cambio de  
dirección\_\_\_\_\_

Cambio de número de teléfono\_\_\_\_\_

Cambio de contacto de  
emergencia\_\_\_\_\_

1. He leído el Manual para padres / tutores y alumnos. Mi hijo y yo aceptamos cumplir con todas las disposiciones tal como se establece en él.

\_\_\_\_\_ Si o no

2. Entiendo que al responder Sí, por la presente otorgo autoridad a la escuela de mi hijo para el uso de cintas de video, fotografías o elementos similares para ser utilizados por los medios o en una página web de la escuela. También otorgo autoridad a la escuela de mi hijo para utilizar cintas de video, fotografías o elementos similares en los que pueda aparecer mi hijo, o declaraciones de mi hijo, en la producción, exhibición o venta de anuncios de servicio público.

\_\_\_\_\_ Si o no

3. Entiendo que al responder Sí, por la presente otorgo autoridad a la escuela de mi hijo para la publicación de la información del alumno en el directorio escolar y otras publicaciones escolares.

\_\_\_\_\_ Si o no

4. Esta exención de consentimiento y responsabilidad es necesaria y sirve tanto para los programas en el sitio como para eventos / actividades fuera del sitio / viaje de campo para el año del programa establecido. Otorgo permiso para que mi hijo participe en eventos escolares este año que pueden requerir transporte a un lugar fuera del sitio escolar. Las actividades se llevarán a cabo bajo la guía y dirección de los empleados y /

o voluntarios de la escuela. Como padre y / o tutor legal, sigo siendo legalmente responsable de cualquier acción personal tomada por el menor mencionado anteriormente ("Participante"). Acepto en nombre mío, de mi hijo nombrado en este documento o de nuestros herederos, sucesores y cesionarios, mantener indemne y defender a sus funcionarios, directores de la escuela y agentes, y la Arquidiócesis de Dubuque, acompañantes o representantes asociados con la eventos que surjan o estén relacionados con la asistencia de mi hijo a los eventos o en relación con cualquier enfermedad o lesión o costo del tratamiento médico relacionado con ellos, y acepto compensar a la escuela, sus funcionarios, directores y agentes, y la Arquidiócesis de Dubuque , acompañantes o representantes asociados con los eventos por honorarios y gastos razonables de abogados en los que puedan incurrir en cualquier acción que yo / nosotros podamos llevar a cabo como resultado de dicha lesión o daño, a menos que tal reclamo surja de la negligencia de la escuela o del Archidiócesis de Dubuque.

\_\_\_\_\_ Si o no

5. En caso de que llegue a la atención de la escuela, sus oficiales, directores y agentes y la Arquidiócesis de Dubuque, chaperones o representantes asociados con cualquier actividad fuera del sitio o mientras esté en la escuela, mi hijo se enferma con síntomas tales como vómitos, dolor de garganta, fiebre, diarrea, deseo ser notificado.

\_\_\_\_\_ Si o no

6. Por este medio, doy permiso para que medicamentos sin receta (como ibuprofeno, Tylenol, pastillas para la garganta, etc.) se le den a mi hijo en caso de que surja una condición después de que mi hijo ya esté asistiendo a la escuela. Proporcionaré una autorización firmada y fechada que identifique la medicación, la dosis y el intervalo de tiempo que se administrará. Se pueden proporcionar medicamentos sin receta a mi hijo en viajes de campo fuera del sitio, siempre que haya enviado una autorización para cada viaje fuera del sitio.

\_\_\_\_\_ Si o no

7. Por este medio, doy permiso para que el medicamento recetado sea entregado por un niño de acuerdo con la Política 5141 del Consejo de Educación de la Arquidiócesis, artículo 9.1. Los medicamentos recetados solo serán administrados por una enfermera o parte designada con capacitación y con el consentimiento por escrito de los padres / tutores. Los medicamentos con receta se deben proporcionar a la escuela en el envase original con el nombre del médico, el nombre del medicamento y la dosis / frecuencia que se administrará. Se documentará un registro de cada dosis de medicamento administrado en el registro de salud del alumno.

\_\_\_\_\_ Si o no

8. ¿Este niño tiene reacciones alérgicas? (medicamentos, alimentos, plantas, insectos, etc.) En caso afirmativo, proporcione a la escuela una lista escrita de alergias, reacciones y directivas conocidas.

\_\_\_\_\_ Si o no

9. ¿Utiliza este niño el asma o los medicamentos recetados que restringen las vías respiratorias? En caso afirmativo, proporcione a la escuela información escrita sobre la condición de asma del niño.

\_\_\_\_\_ Si o no

10. ¿Este niño tiene una dieta prescrita médicamente? En caso afirmativo, proporcione a la escuela información escrita adicional sobre la dieta.

\_\_\_\_\_ Si o no

11. ¿Tiene este niño limitaciones físicas que requieren adaptaciones de la escuela? En caso afirmativo, proporcione a la escuela información adicional por escrito sobre las limitaciones.

\_\_\_\_\_ Si o no

12. ¿Este niño tiene alguna otra condición médica de la cual la escuela debería estar consciente? En caso afirmativo, proporcione a la escuela información escrita adicional sobre las condiciones médicas.

\_\_\_\_\_ Si o no

13. La Política 5141 de la Junta Escolar Católica Arquidiocesana contiene más información sobre la administración de medicamentos. Pídale al director de su hijo una copia de esta política si necesita más información.

\_\_\_\_\_ Si o no

14. He leído o leeré la información en la hoja de conmoción cerebral titulada, "Heads up: Conmoción cerebral en High School Sports" que se incluye en la sección de formularios de E-registration. Soy consciente de que los entrenadores distribuirán la hoja de datos sobre la conmoción cerebral al comienzo de cada temporada deportiva.

\_\_\_\_\_ Si o no