

VBS Julio 2024



Información general y formulario de autorización

Vencimiento: 1 de Junio de 2024

Evento: 15 de julio - 19 de julio de 2024

Horario: 9am-noon

Nombre del estudiante: _____

A. Autorización para Fotos, Prensa, Audio y Medios Electrónicos para Menores de Edad

La **Diócesis de Arlington** y cualquiera de sus escuelas/parroquias y/o el **Arlington Catholic Herald** ("Diócesis") pueden producir o participar en grabaciones de video y/o audio, sitio web o producciones fotográficas fijas que pueden involucrar el uso de nombres, parecidos o voces de estudiantes. Tales producciones pueden ser usadas para historias de noticias, ilustración, educación, y/o propósitos oficiales de mercadeo y pueden ser copiadas o con derechos de autor con la Diócesis reteniendo cualquier y todos los derechos a tales producciones.

Por favor, elija una de las siguientes opciones después de considerar cuidadosamente su decisión con respecto al uso del nombre, imagen y/o voz de su hijo. **Este acuerdo es vinculante durante el periodo en el que el alumno esté matriculado. No se podrán realizar adaptaciones, cambios o alteraciones para el año académico en curso.**

- Imagen y Audio: **AUTORIZO** a la Diócesis a utilizar y publicar la fotografía, vídeo y/o grabación de audio de mi hijo/a con fines educativos, informativos, ilustrativos y/o de marketing.
- Identidad: **AUTORIZO** a la Diócesis a usar el nombre de mi hijo(a) identificándolo(a) en fotografías, videos y/o grabaciones de audio con fines educativos, noticiosos, ilustrativos y/o demercadeo.
- NO AUTORIZO** a la Diócesis a usar y publicar el nombre, fotografía, video y/o grabación de audio de mi hijo con fines educativos, noticiosos, ilustrativos y/o de mercadeo.

B. Contactos de Emergencia

Porfavor dar el nombre, dirección y número de teléfono de dos adultos que podrían recoger al estudiante de eventos de Formación de Fe de una manera oportuna *en el caso de que el padre / tutor no puede ser localizado:*

1) _____

(Nombre)

(Dirección, Ciudad, Estado, Código postal)

(Número de teléfono)

(Relación)

2) _____

(Nombre)

(Dirección, Ciudad, Estado, Código postal)

(Número de teléfono)

(Relación)

C. Información médica y renuncia

VBS Julio 2024

- Médico del estudiante: _____ # de Telefono: _____
- Historial médico significativo: _____
(Por ejemplo, diabetes, cardiopatías, lentes de contacto, audífonos, etc..)
- Alergias: _____
- ¿Es alérgico al gluten? ○ Si ○ No

Medidas que deben adoptarse _____

- Medicamentos del estudiante _____

Fecha de la última vacuna antitetánica _____

- Compañía de seguro _____
 - # de Poliza _____
 - Estoy de acuerdo en notificar a la oficina parroquial / Director de Formación de Fe dentro de 24 horas si mi hijo o cualquier miembro de su familia inmediata ha desarrollado una enfermedad transmisible.
 - Estoy de acuerdo en notificar a la oficina parroquial/Director de Formación de Fe inmediatamente si la enfermedad es potencialmente mortal.
 - Me comprometo a recoger a mi hijo enfermo o lesionado a su debido tiempo cuando se pongan en contacto conmigo.
 - Si no pueden localizarme, pueden llamar a los contactos de emergencia arriba indicados para que recojan a mi hijo (y a sus hermanos).
 - Si no se puede contactar con un padre/tutor en caso de emergencia médica, el director del programa tiene mi permiso para llamar a una ambulancia y acompañar a mi hijo a la sala de urgencias del hospital/atención urgente más cercano. Además, por la presente autorizo a su personal médico a proporcionar tratamiento cuando un médico lo considere necesario para el bienestar de mi hijo.
- NOTA: Si un niño tiene un epi-pen/inhalador, uno de los padres debe firmar una carta en la que autoriza al niño a llevar consigo el epi-pen/inhalador o a autoadministrárselo. El epi-pen/inhalador debe estar en su envase y/o caja original (con la información de la receta, incluido el nombre del niño, el nombre del prescriptor y la fecha de caducidad).*
- Sí, mi hijo tiene un epi-pen/inhalador, y adjuntaré una carta de autorización para llevar/autoadministrarse esta medicación que salva vidas.

Nombre: (Letra de Molde) _____

Firma

Fecha