

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