



# ART ASSOCIATION OF JACKSON HOLE

## Educación Juvenil - Formulario de Información y Permiso para Estudiantes

*\*Este formulario deberá completarse antes de que su hijo/a asista a clase/campamento.*

### Información del Estudiante

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Nivel de Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Relación/Parentesco con el Estudiante: \_\_\_\_\_

### Información Médica Obligatoria

1. Por favor, precise si su hijo/a está sujeto/a a cualquiera de las siguientes afecciones:

- |                                                |                                                          |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TDA/TDAH              | <input type="checkbox"/> Desmayos                        |
| <input type="checkbox"/> Alergias / Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición             |
| <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> Pérdida de la vista             |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad              | <input type="checkbox"/> Afección cardíaca               |
| <input type="checkbox"/> Depresión             | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo            |
| <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Otro (por favor explique) _____ |

2. **Afecciones Médicas:** Describa la afección médica y enliste los medicamentos que su hijo/a podrá llegar a necesitar durante el campamento/clase.

3. **Alergias:** Anote cualquier alergia a alimentos, insectos, medicamentos, etc. Describa las reacciones alérgicas y su gravedad. Si su hijo/a requiere cargar epinefrina consigo, indíquelo y precise si puede utilizarlo/aplicarlo de forma independiente.

¿A su hijo/a, le ha sido picado una abeja?

- Sí  
 No

En caso afirmativo, describa cuál fue la reacción. \_\_\_\_\_

**4. Otro:** Enliste cualquier otra afección o necesidad que su hijo/a pueda tener que sea relevante o importante para los instructores:

**Información para la Entrega / Recogida**

Por favor, complete ambas secciones pues este formulario tendrá validez de un año.

<i>Durante el campamento de verano de 2022</i>	<i>Durante el Año Escolar 2022-2023</i>
<p>Durante el verano, ¿cómo viajará el/la estudiante a nuestra programación?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Durante el verano, ¿cómo viajará el/la estudiante a casa <b>DESDE</b> nuestra programación?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Escuela a la que asiste el estudiante durante <b>el año 2022-2023</b>: _____</p> <p>Por favor, marque la casilla que mejor describe cómo el/la estudiante viajará a nuestra programación:</p> <p><input type="checkbox"/> Autobús START</p> <p><input type="checkbox"/> Transporte por parte de padres/tutores</p> <p><input type="checkbox"/> Transporte por múltiples padres / tutores</p> <p><input type="checkbox"/> A pie</p> <p><input type="checkbox"/> Autobús de actividades (si está disponible)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro método: _____</p> <p>Por favor, marque la casilla que mejor describe cómo su estudiante viajará a casa <b>DESDE</b> nuestra programación:</p> <p><input type="checkbox"/> Autobús START</p> <p><input type="checkbox"/> Transporte por parte de padres/tutores</p> <p><input type="checkbox"/> Transporte por múltiples padres / tutores</p> <p><input type="checkbox"/> A pie hasta (<i>escoja una opción</i>) el trabajo de los padres casa otro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro método: _____</p>

Por favor, enumere el o los adultos a quienes se permitirá recoger a este estudiante de la clase / campamento:

- Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_
- Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_
- Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_
- Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

La información anterior es correcta y completa a partir de hoy, (**fecha**) \_\_\_\_\_

Si la información aquí provista cambia, me comprometo a actualizarla comunicándome con la Art Association al teléfono 307.733.6379 (extensión 1). En caso de emergencia, autorizo que la Art Association of Jackson Hole obtenga atención médica para mi hijo/a. Sostengo que la Art Association of Jackson Hole no tiene responsabilidad alguna sobre mi hijo/a mientras este/esta se transporta hacia o desde su programa en la Art Association.

**Firma del padre/tutor:** \_\_\_\_\_

*\*La privacidad es de suma importancia para la Art Association of Jackson Hole, por lo tanto, cualquier información aquí compartida solo será compartida con el personal pertinente dentro de la Art Association of Jackson Hole, garantizando así la seguridad y el bienestar de su hijo/a.\**