



### **Programa después de la escuela de City Year**

Northfield High School se enorgullece de asociarse con City Year, una organización nacional enfocada en el desarrollo juvenil, para enriquecer aún más las experiencias de aprendizaje de nuestros estudiantes. Este formulario solicita su permiso por escrito para que su estudiante pueda participar en los programas después de clases dirigidos por City Year durante los siguientes días y horarios: **lunes, martes y jueves de 4:00pm a 5:00pm a partir del 2 de septiembre de 2025**. Favor de llenar este formulario y entregarlo a cualquier miembro del equipo de City Year en Northfield High School.

Si desea más información sobre City Year, por favor contacte a **Sydney Folger, Gerente de Impacto**, por teléfono al (847) 769-1994 o por correo electrónico a [sfolger@cityyear.org](mailto:sfolger@cityyear.org)

### **INFORMACIÓN ESTUDIANTEL**

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN/TUTOR:**

Nombre y Apellido del padre/tutor/Guardián: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono Principal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA ADICIONAL:**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono principal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono secundario (OPCIONAL): \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA:**

Por favor, describa cualquier condición médica o física de su estudiante que el personal de City Year debe conocer (alergias/restricciones dietéticas/medicamentos/limitaciones físicas/condiciones crónicas de salud/ o comentarios adicionales):

---

---

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN,  
AUTORIZACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA  
ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA**

Yo, \_\_\_\_\_, siendo el padre/tutor/guardián legal de \_\_\_\_\_, un menor de edad, por la presente autorizo su participación en proyectos, eventos y programas voluntarios de City Year. Entiendo que los estudiantes son responsables de su comportamiento y solo realizarán trabajo voluntario o participarán en actividades con las que se sientan cómodos. Entiendo que el programa extracurricular de City Year Denver no está autorizado ni regulado por la DCFS. Habiendo leído esta autorización, conociendo estos hechos y en consideración a la aceptación de la participación del menor mencionado, en los proyectos, eventos y programas organizados y/o patrocinados por City Year, autorizo y liberó a City Year, patrocinadores, su personal y a todas las personas relacionadas directa o indirectamente con el programa en cualquier proyecto en el que trabaje mi estudiante, de todas y cada una de las reclamaciones que puedan surgir como resultado de cualquier gasto, lesión personal, pérdida o daño incurrido por mi estudiante durante su participación en cualquier programa dirigido por City Year después de escuela. Entiendo que el personal está capacitado en primeros auxilios y los autorizo a dar primeros auxilios a mi estudiante cuando el personal lo considere necesario. Entiendo que se hará todo lo posible para comunicarse conmigo en caso de alguna emergencia que requiera atención médica para mi estudiante. Sin embargo, si no se me puede contactar en caso de accidente o enfermedad, otorgo a los miembros del personal de City Year el poder de ministrar tratamiento médico de emergencia que sea necesario para mi estudiante. Además, en caso de que no pueda ser contactado autorizo y doy mi consentimiento para la administración de todos y cada uno de los exámenes médicos, dentales y quirúrgicos u operaciones y tratamientos de todos los cuidados adicionales, incluida la administración de medicamentos, pruebas, anestesia y/o transfusiones de sangre al menor mencionado que puedan ser ordenados por el médico y/o dentista que

sea considerado necesario. Por la presente, doy mi consentimiento para la divulgación de informes médicos necesarios a cualquier médico o agencia para la admisión del menor mencionado en el hospital.

Firma:\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REPRESENTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES EN LAS PUBLICACIONES**

Con el fin de promover el servicio comunitario y nacional, City Year se basa en el uso de fotos y citas de los participantes. Como tal, por la presente autorizo y otorgo permiso para que City Year use cualquier foto, película, imagen digital, videos y/o declaraciones verbales y escritas del participante mencionado anteriormente o su imagen para usos promocionales u otros usos por parte de City Year, ya sea asociados con el proyecto, evento, programa o de otro tipo. Reconozco que no recibiré compensación por el uso de dichos materiales, y por el presente renuncio a cualquier reclamo de dicha compensación.

Firma:\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_