



APLICACIÓN DE True North Youth Program

(Debe ser completada por el Padre/Madre/Guardián)

Nota: Todos los apartados de esta página deben ser completados.

Información Personal

Nombre del joven:

Fecha:

Teléfono celular del Joven:

Correo electrónico del Joven:

Fecha de Nacimiento del Joven:

Edad:

Género:

Etnia:

Etnia del padre/madre:

Nombre de la Escuela:

Grado Escolar:

Nombre del Padre/Madre/Guardián (s):

Relación con el Joven:

Teléfono (Cell) Padre/Madre/Guardián:

Teléfono (Casa) Padre/Madre/Guardián:

Correo electrónico Padre/Madre/Guardián:

Lugar de Trabajo del Padre/Madre/Guardián y contacto:

Mejor método de contacto:

Persona de Contacto en caso de Emergencia y teléfono:

Dirección Postal:

Dirección Física:



(Debe de ser completada por el Padre/Madre/Guardián)

Por favor, indique todos los miembros de su hogar:

Nombre	Edad	¿Viven contigo? (Si/No)	Relación con el Joven

OPCIONAL -

¿Su estudiante califica para almuerzo gratis o reducido?

******(Esta información es completamente confidencial y se utiliza únicamente para informar y redactar subvenciones).

(marque una opción) **Sí** (por favor, explique más detalladamente) **No**

Ingreso Anual del Hogar:

****** (esta información es completamente confidencial y se utiliza únicamente con fines informativos y de redacción de subvenciones).

Historial Escolar

Describa cualquier conflicto o desafío anterior en relación con las experiencias escolares de su estudiante.

Historial Familiar

Describa la dinámica familiar, la situación financiera y / o los antecedentes familiares. Ayúdenos a comprender mejor cómo podemos apoyar tanto al estudiante como a sus familias.



(Debe de ser completada por el Padre/Madre/Guardián)

Nota: Todas las áreas resaltadas deben ser completadas, firmadas y/o marcadas con su iniciales (según corresponda).

CONTACTO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Nombre del Joven:

Fecha:

Por favor, firme con sus iniciales junto a cada una de las siguientes afirmaciones, en las áreas resaltadas.

Yo, doy permiso para que el Programa de Juventud True North contacte con mi estudiante, para otorgarle apoyo continuo durante su participación en el programa de tutoría de grupo.

Yo, autorizo al Programa de Juventud True North para que obtenga toda la información necesaria, con respeto a mi estudiante, por parte del personal de la escuela, incluyendo información de sus registros académicos y de conducta, conversaciones con maestros, consejeros y otro personal administrativo.

Yo, doy permiso, consentimiento, y libero en mi propio nombre y en el de mi estudiante, menor de edad, al Programa de Juventud True North para tomar fotografías e imágenes de mi estudiante. También doy permiso y consentimiento de usar, publicar, mostrar, exhibir, reproducir y poner dichas fotografías e imágenes para usos no lucrativos (incluyendo, pero no limitado, publicaciones, videos, carteles, folletos y anuncios, así como, publicaciones basadas en el internet de True North.) Además, le doy a True North todos los derechos de propiedad y todo interés que yo, o mi estudiante, tengamos en o sobre fotos, negativos fotográficos, imágenes (incluyendo imágenes digitales generadas por la computadora), reproducciones y copias.

Yo, reconozco y acepto que a veces mi estudiante será transportado por el personal y los representantes de True North durante su participación en los programas, y que dicho transporte es voluntario y a su propio riesgo.

Firma del Padre/Madre/Guardián:

Fecha:



(Debe de ser completada por el Padre/Madre/Guardián)

Nota: Todos los apartados de esta página deben ser completados.

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del participante:

Fecha de Nacimiento:

Nombre del Médico:

Contacto:

Alergias:

Alergia	Reacción	Tratamiento requerido

NOTA: Si la alergia de un estudiante es grave y / o potencialmente mortal, comuníquese con nosotros directamente para hablar sobre otros requerimientos.

Medicamentos actuales:

Medicación	Síntomas	Dosificación	Fecha iniciada	Efectos secundarios

¿Tiene el participante alguna condición o limitaciones actuales relacionadas con la salud mental, física o emocional, que puedan requerir atención adicional o afectar a la capacidad del participante para participar en las actividades del programa?

(marque una opción) Sí (por favor, explique más detalladamente) No

¿El participante ha estado en terapia, asesoramiento o tratamiento por algún motivo (metal, físico o emocional) en los últimos dos años?

(marque una opción) Sí (por favor, explique más detalladamente) No

¿Ha tenido el participante algún problema de comportamiento en la escuela o en casa durante los últimos dos años?

(marque una opción) Sí (por favor, explique más detalladamente) No

¿El participante ha experimentado algún evento traumático (es decir, muerte en la familia, divorcio, abuso)?

(marque una opción) Sí (por favor, explique más detalladamente) No

Habilidad de natación

(marque una opción) Muy buena Buena Pobre



(Debe de ser completada por el Padre/Madre/Guardián y el estudiante)

RENUNCIA/LIBERACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES
LEER ANTES DE FIRMAR

Nota: Todas las áreas resaltadas deben ser rellenas, firmadas o marcadas con sus iniciales (según corresponda).

En consideración a [REDACTED], a mi estudiante, se le permite participar de cualquier manera en el PROGRAMA TRUE NORTH ("TNYP" o "True North") y en los eventos, programas y actividades de TNYP, el abajo firmante reconoce, aprecia y acepta que:

[REDACTED] Yo, reconozco y entiendo que TNYP se reserva el derecho de excluir a cualquier participante que el personal considere que presenta un problema de seguridad o riesgo médico, es perjudicial o se comporta de manera perjudicial para el programa y sus actividades. TNYP considera que los siguientes comportamientos son perjudiciales: uso de drogas ilegales, tabaco y productos de alcohol, acoso sexual u otras formas de acoso, actividad sexual, comportamiento excluyente, uso excesivo o inadecuado del teléfono celular y cualquier otro comportamiento negativo según lo determine TNYP, en su exclusiva discreción. Si el participante es excluido, el padre, madre o tutor del participante (o el participante si es mayor de 18 años) es responsable de todos los costos incurridos en relación con dicha exclusión, ya sea por razones médicas, emergencias personales, razones de comportamiento u otros. Estos costos incluyen, pero no se limitan a: evacuación médica, gastos médicos, viaje y compensación para el personal que acompaña al participante.

[REDACTED] Yo, reconozco y entiendo que TNYP y todas las actividades asociadas, eventos y programas son eventos en entornos libres de teléfonos o celulares. Los teléfonos y celulares se recogerán al comienzo de cada actividad patrocinada por TNYP y se redistribuirán rápidamente al final de cada una de ellas. En el caso de una emergencia u otra necesidad apropiada, el participante podrá usar su celular o un teléfono que pertenezca a TNYP o sus empleados o representantes.

[REDACTED] Yo, designo a los empleados, voluntarios y representantes de TNYP como mis agentes, para que actúen por mí y en mi nombre, para obtener y/o brindar atención médica, transportar a mi estudiante a un centro médico y proveerle tratamiento (sin limitación) bajo la supervisión general o especial y asesoramiento de cualquier médico o cirujano con licencia para ejercer en el estado en el que se busca tratamiento. TNYP se reserva el derecho de acceder a los registros médicos de mi estudiante y el derecho de divulgar los contenidos al personal que considere necesario. Mi estudiante y yo, entendemos y reconocemos que las Partes Liberadas no tienen personal médico en el lugar donde se realizan las actividades, eventos o programas. Mi estudiante y yo, entendemos y reconocemos que las Partes Liberadas no asumen responsabilidad por ningún daño o lesión que pueda surgir de o en relación con cualquier tratamiento médico de emergencia.



(Debe de ser completada por el Padre/Madre/Guardián y el estudiante)

Nota: Todas las áreas resaltadas deben ser rellenas, firmadas o marcadas con sus iniciales (según corresponda).

Yo, reconozco y entiendo que TNYP puede elegir, a su exclusivo criterio, el proporcionar seguro de accidentes a los participantes en su programa. Cualquier cobertura que fuera proporcionada se registrará por el idioma de la póliza. Excepto en la medida en que se ponga a disposición dicho seguro de accidentes, TNYP no mantiene, y renuncia expresamente a la responsabilidad de proporcionar salud, atención médica o discapacidad a mi estudiante.

El riesgo de lesiones físicas, daños o muerte, para mi estudiante, por las actividades involucradas en estos programas, actividades y eventos puede ser significativo, incluido el potencial de discapacidad permanente y muerte. Y, aunque las normas a seguir, el material utilizado y la disciplina del personal pueden reducir este riesgo, sigue existiendo un posible riesgo de lesiones graves, daños o muerte. Y YO, Y MI ESTUDIANTE, ENTENDEMOS Y ASUMIMOS TODOS LOS POSIBLES RIESGOS, tanto conocidos como desconocidos, INCLUSO SI SURGEN DE LA NEGLIGENCIA DE TNYP, y asumimos la plena responsabilidad de la participación de mi estudiante.

Yo, mi estudiante, y en nombre de mis / nuestros herederos, cesionarios, representantes personales y familiares (i) libero incondicionalmente y para siempre de cargas y, acepto no demandar al programa True North, ni a sus directores, empleados o voluntarios (las Partes Liberadas), por cualquier reclamo o causa de acción por cualquier responsabilidad o pérdida de cualquier naturaleza, incluidos, entre otros, daños personales, muerte y/o daños a la propiedad que surjan o estén relacionados con la participación de mi estudiante en cualquier evento, actividad o programa organizado por TNYP, o incluso durante el traslado de mi estudiante a cualquiera de las instalaciones donde se vaya a llevar a cabo la actividad, programa o evento, incluidos, entre otros, reclamos de negligencia y/o incumplimiento de contrato que yo o mi estudiante pudiéramos tener o tengamos contra las Partes Liberadas y (ii) ME COMPROMETO A DEFENDER, RESARCIR Y EXIMIR DE TODA RESPONSABILIDAD a las Partes Liberadas de y en contra de cualquier responsabilidad o daño de cualquier tipo y de cualquier demanda, reclamo, responsabilidad o daño, incluidos los honorarios y gastos legales, ya sea en litigio o no, derivados de, incidente o relacionado con la participación o presencia de mi estudiante en cualquier evento, actividad o programa organizado o celebrado por TNYP, o incluso, durante el traslado de mi estudiante a cualquiera de las instalaciones donde se vaya a llevar a cabo la actividad, programa o evento, INCLUSO SI SURGIERA NEGLIGENCIA de cualquiera de las PARTES LIBERADAS, hasta los límites permitidos por la ley.

Yo y mi estudiante, entendemos y reconocemos que, bajo las Leyes de Colorado, un profesional equino no es responsable por las lesiones o muerte de un participante en actividades equinas, como resultado de los riesgos inherentes a dichas actividades.



(Debe de ser completada por el Padre/Madre/Guardián y el estudiante)

Nota: Todas las áreas resaltadas deben ser rellenas, firmadas o marcadas con sus iniciales (según corresponda).

Esta renuncia/liberación de derechos y responsabilidades, tiene la intención de ser tan amplia e inclusiva como lo permita el Estado de Colorado, y se registrará e interpretará de conformidad con la ley del Estado de Colorado. Estoy de acuerdo en que, en el caso de que cualquier cláusula o disposición de esta exención se considere inválida por cualquier tribunal de jurisdicción competente, la validez de las disposiciones restantes de esta exención continuará siendo exigible.

ASUNCIÓN DE RIESGOS: Entiendo la gravedad de los riesgos en la participación de mi estudiante en los programas, actividades y eventos organizados, patrocinados o celebrados por cualquiera de las Partes Liberadas y, las responsabilidades personales de mi estudiante para cumplir con todas las normas y reglamentos (ya sean escritos o verbales). HE LEÍDO ESTA LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y PRESUNCIÓN DE RIESGOS, COMPRENDO TOTALMENTE SUS TÉRMINOS, ENTIENDO QUE HE RENUNCIADO A DERECHOS SUSTANCIALES AL FIRMARLO Y, LO FIRMO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE.

Nombre del Padre/Madre/Guardián:

Firma del Padre/Madre/Guardián y Fecha:

ACUERDO Y ASUNCIÓN DE RIESGOS: Yo, reconozco y entiendo la seriedad del riesgo que conlleva la participación en los programas, actividades y eventos organizados, patrocinados o realizados por cualquiera de las Partes Liberadas, así como, mis responsabilidades personales para cumplir con todas las normas y reglamentos (ya sean escritos o verbales) y, aceptarlos como participante.

Nombre del Participante:

Firma del Participante y fecha:

Por favor, envíe el formulario completado (7 páginas) a:

truenorthyouthprogram@gmail.com , o por correo postal a:

True North Youth Program, PO 2072, Telluride, CO, 81435