

School: _____

STAY IN SCHOOL - NO DEJEN LA ESCUELA QUINCEAÑEROS!
PROGRAMA: "SPREAD YOUR WINGS: ELÉVATE"

Student Name: _____ Address: _____

City: _____ Zip: _____ Telephone: _____

Date of Birth: _____ Name of Parent or Guardian: _____

I agree to follow the guidelines below while I am a member of the Program/Me
comprometo a seguir las reglas establecidas mientras que participe en el programa:

- ❖ I will listen respectfully to the speakers and instructors/Escucharé respetuosamente a los instructores.
- ❖ I will cooperate with staff and instructors/Cooperaré con el programa
- ❖ I will respect other students/Respetaré a los otros estudiantes.
- ❖ I will not use drugs/No tomaré drogas.
- ❖ I will not be involved with gangs/No me involucraré con pandillas (gangs)
- ❖ I will be a good example wherever I go/Seré un buen ejemplo

Student's signature/Firma del estudiante _____

THIS PROGRAM IS FREE OF CHARGE/GRATIS

MEDICAL RELEASE – EMERGENCY CONTACT INFORMATION

In case of medical emergency, I give permission for the staff of the program to call 9-1-1 for help. For any medication to be given to child, please contact the people below: /

En caso de emergencia, doy permiso que el personal del programa llame al 9-1-1 por: atención médica. Para medicamento necesitan notificar y pedir permiso de:

Name of Contacts/Nombres de Contactos:

Phone Numbers: Cell & Home/ Números de celular y de casa:

Parent or guardian signature/Firma del padre o guardián

Date/ Fecha

PHOTO RELEASE PERMISSION

YES/SI I give permission for my child to be photographed/videotaped and that photos/videos may be used for documentation purposes, for newspaper articles etc. /

Estoy de acuerdo que se puede tomar fotos/videos de mi hija/o para usar para documentación o artículos del periódico, etc.

Parent or guardian signature/Firma del padre o guardián

Date/ Fecha