

# THE HENRY FORK SERVICE CENTER PERMISSION FORM

**Nombre Completa del Nino:** \_\_\_\_\_  
Child's Complete Name (Primero) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

**Direccion Completa:** \_\_\_\_\_  
Complete Address (Casa#) (Calle) (APT#)

\_\_\_\_\_  
(Cuidad) (Estado) (Codigo postal)

**Direccion del Correo:** \_\_\_\_\_  
Mailing Address (if different)

**Correro electronico de los padres** \_\_\_\_\_  
Parent's E-mail address

**Fecha de nacer:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_ **Escuela:** \_\_\_\_\_  
Date of birth: Mes Dia Ano Age Grade School

**Adulto responsable del nino:** \_\_\_\_\_  
Parent/legal guardian

**Relacion de la persona que tiene custodia:** \_\_\_\_\_  
Relationship of person having custody

**Lugar de trabajo de la madre:** \_\_\_\_\_ **Telefono del trabajo:** \_\_\_\_\_  
Mother's work place Work phone

**Telefono casero:** \_\_\_\_\_ **Cellular:** \_\_\_\_\_  
Home phone

**Lugar de trabajo del padre:** \_\_\_\_\_ **Telefono del trabajo:** \_\_\_\_\_  
Father's work place Work phone

**Telefono casero:** \_\_\_\_\_ **Cellular:** \_\_\_\_\_  
Home phone

**Otras personas de contacto en caso de emergencia:**  
Persons who we may contact in case of an emergency other than yourself.

**(1) Nombre(Name):** \_\_\_\_\_  
**Telefono casero(Home phone):** \_\_\_\_\_  
**Telefono del trabajo(Work phone):** \_\_\_\_\_  
**Relacion al nino(Relationship to child):** \_\_\_\_\_

**(2) Nombre(Name):** \_\_\_\_\_  
**Telefono casero(Home phone):** \_\_\_\_\_  
**Telefono del trabajo(work phone):** \_\_\_\_\_  
**Relacion al nino(Relationship to child):** \_\_\_\_\_

**Otros personas que tengan su permiso para levantar su hijo despues de actividades o en caso de emergencia.** (Persons with consent to pick up child)

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

**He incluido una copia judicial de los individuos que no se permite contacto con mi hijo. Estos individuos son:** (The following people cannot have contact with my child:)

---

**Anote todos los individuos que no se permitidos contacto con su hijo.** (List these people.)

### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MEDICO

**Autorizo el personal de HFSC despues de usar esfuerzos razonables de contacto, de obtener cualquier tratamiento medico o primeros auxilios en caso de emergencia. Estoy de acuerdo de no sostener HFSC responsable por lesiones a mi hijo durante HFSC actividades.**

Nombre del nino(Child's Name): \_\_\_\_\_  
Nombre de la compania de seguros(Insurance Company): \_\_\_\_\_  
Numero de la poliza(Policy Number): \_\_\_\_\_  
Nombre del sostenedor de poliza(Policy Holder): \_\_\_\_\_  
Medico de familia(Family Doctor): \_\_\_\_\_  
Hospital que usted visita normalmente(Hospital visited normally): \_\_\_\_\_

- **Si su nino tiene problemas de salud o discapidades anota los aqui.** (Child's health problems or disabilities): \_\_\_\_\_
- **Si su nino tiene cualquier alergia en general, o alimenticio, o de droga anota los aqui.** (Child's general, food, or drug allergies): \_\_\_\_\_
- **Si su nino toma una medicina de receta medica anota los aqui.** (Child's medications): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

firma del padre

\_\_\_\_\_

fecha

### FORMA DEL ESTRENO GENERAL (General Release Form)

Mi hijo \_\_\_\_\_ puede participar en los actividades de HFSC y ser un pasajero de HFSC vehiculos hacia y desde las actividades programadas. HFSC puede usar photos de mi hijo por publications, multimedia, y sitios web de HFSC. Yo entiendo que HFSC no es responsable por danos de propiedad o danos personales a mi hijo. Me hijo esta de buen salud physica para participar en los actividades de HFSC. **Voy a notificar HFSC de cualquier cambios de informacion personal. Yo entiendo que hay un pago mensual que se debe cada sixto dia del mes.** Yo verifico que todo la informacion que a dado es corecto:

\_\_\_\_\_

firma del padre

\_\_\_\_\_

fecha