

HENRY FORK SERVICE CENTER PERMISSION FORM

Nombre Completa del Niño: _____
Child's Complete Name (Primero) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

Dirección del Correo: _____
Mailing Address (Casa#) (Calle) (APT#)

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Correo electrónico de los padres: _____
Parent's E-mail address

Prefiero recibir comunicaciones escritas por: ___ correo electrónico ___ apartado postal

Fecha de nacer: ____/____/____ **Edad** ____ **Grado:** ____ **Genero:** ____
Date of birth: Mes Dia Ano Age Grade Gender

Nombre de la madre: _____ **Teléfono del contacto:** _____

Teléfono de contacto alternativo: _____

Nombre del padre: _____ **Teléfono del contacto:** _____

Teléfono de contacto alternativo: _____

Otras personas de contacto en caso de emergencia:

Persons who we may contact in case of an emergency other than yourself.

(1) Nombre (Name): _____

Teléfonos del contacto (Contact numbers): _____

Relación con al Niño (Relationship to child): _____

(2) Nombre (Name): _____

Teléfonos del contacto (Contact numbers): _____

Relación con al Niño (Relationship to child): _____

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

Nombre: _____ **Telefono:** _____

Nombre: _____ **Telefono:** _____

Nombre: _____ **Telefono:** _____

Liste cualquier persona que no está permitido el contacto con su hijo. Debe proporcionar una orden judicial si esta persona es el padre del niño. (No contact list)

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

Nombre del niño: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MEDICO

Autorizo el personal de HFSC después 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 niño (Child's Name): _____

Nombre de la compañía de seguros (Insurance Company): _____

Número de la póliza (Policy Number): _____

Nombre del sostenedor de póliza (Policy Holder): _____

Médico de familia (Family Doctor): _____

Hospital preferido (Preferred hospital): _____

- **Si su niño tiene problemas de salud anota los aquí.** (Child's health problems):

- **Si su niño tiene cualquier alergia en general, o alimenticio, o de droga anota los aquí.** (Child's general, food, or drug allergies):

- **Si su niño toma un medicamento recetado, indique el nombre y la dosis aquí.** (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 vehículos hacia y desde las actividades programadas. HFSC puede usar photos de mi hijo por publicaciones, 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 información personal. Yo entiendo que hay un pago mensuale que se debe cada primero día del mes y estoy de acuerdo en mantener esta corriente cuota.** Yo verifico que todo la información que a dado es correcto.

firma del padre

fecha