

Southern Westchester BOCES ADA Version

VIAJE DE CAMPO Y VIAJES COMUNITARIOS EDUCATIVOS

FORMULARIO DE PUBLICACIÓN DE PERMISO

Autorización para asistir un viaje de estudio Cada año se llevan a cabo varias excursiones y viajes comunitarios educativos para aumentar el programa académico. Le pedimos que complete el formulario de permiso a continuación, ya que se usará como una hoja de permiso general para que su hijo/ a acompañe a su clase. Este formulario debe ser devuelto al maestro/a de su niño o trabajador social y será colocado en el archivo del estudiante de su hijo Gracias por su cooperación Le doy permiso para que mi hijo / a participe en excursiones comunitarias educativas y de propinas. Todos los viajes serán atendidos por personal de Boces.

Nombre de alumno(a): _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

Fecha_____

Southern Westchester BOCES ADA Version

Autorización para la divulgación de información

Yo, _____ le doy autorización y consentimiento para

Sus respectivos agentes y empleados, a divulgar información limitada a los siguientes elementos:

Yo permito que la información confidencial sea divulgada solamente al Southern Westchester Boces con el propósito de mantener salud / educación de mi niño

Nombre de Estudiante

Fecha de Nacimiento

Esta autorización para revelar información confidencial puede ser revocada por mí, por escrito, en cualquier momento excepto si ya se ha tomado acción; Será efectiva sólo el tiempo suficiente para responder al propósito para el cual fue dado y ninguna información confidencial adicional será publicada sin la ejecución de una declaración adicional de consentimiento.

Firma de estudiante (si no es un menor de edad) Fecha de consentimiento

Firma de Padres/Tutor Fecha de consentimiento

Firma de testigo Fecha

Southern Westchester BOCES ADA Version

Consentimiento Para Hablar Con Apoyos Externos

Yo, _____, Por la presente autorizo y doy consentimiento:

Y sus respectivos agentes y empleados, para liberar información limitada a los siguientes elementos: Cualquier información, social, emocional y conductual que pueda contribuir al éxito académico del estudiante.

Permito que la información confidencial sea divulgada a:

(X) SWBOCES

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Esta autorización para divulgar información confidencial puede ser revocada por mí, por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado acción; será efectivo solo por el tiempo suficiente para responder al propósito para el que se ha proporcionado, y no se divulgará ninguna otra información confidencial sin la ejecución de una declaración de consentimiento adicional por escrito.

Fecha de consentimiento

Firma del estudiante, si no es menor de edad

Fecha de consentimiento

Firma del padre / tutor

Southern Westchester BOCES ADA Version

Consentimiento De Fotografia

Estimados Padres/ Tutor

Por favor, firma si podemos usar la fotografía de su hijo en las publicaciones de BOCES

Formulario de consentimiento de fotografía

Por el presente doy mi consentimiento para que la fotografía de mi hijo sea tomada por Southern Westchester Boces para ilustrar un servicio o programa que Southern Westchester Boces proporciona. Entiendo que tales fotografías pueden ser utilizadas en publicaciones y / o publicaciones de BOCES con respecto a estos servicios o programas.

Nombre del estudiante

Nombre del Padre/Tutor

Firma del Padre/ Tutor

Fecha

Southern Westchester BOCES ADA Version

Formulario De Comunicado De Prensa

(Este formulario está destinado a estudiantes menores de 18 años)

Yo, el padre / tutor abajo firmante de _____,

(Nombre de estudiante)

un estudiante de Southern Westchester BOCES, doy mi permiso para que la fotografía o el video de mi hijo y el nombre aparezcan en todos los sitios web de SWBOCES, en el boletín y calendario de SWBOCES, en las redes sociales (por ejemplo, Facebook, Twitter, Instagram o YouTube), folletos de SWBOCES y / u otras publicaciones, anuario escolar, medios de comunicación locales, grabaciones de video de las actividades de los estudiantes durante el día escolar y fuera del horario escolar, que pueden transmitirse por radio y / o televisión local sin pagar. Entiendo que se puede o no mencionar el nombre de mi hijo y se puede usar la voz, semejanza, declaraciones, acciones u otra información de mi hijo en dichas grabaciones. Lo mismo se aplica a cualquier entrevista conducida para ser transmitida por la televisión local o los medios de radio.

Libero a SWBOCES, a sus funcionarios, empleados y agentes, de todos los reclamos, demandas, acciones, causas de acción, demandas, daños y juicios como resultado del uso de la información anterior sobre mi hijo en las publicaciones y / o medios de comunicación. transmisiones descritas anteriormente mientras estaban inscritos en SWBOCES.

Soy mayor de 18 años, he leído la información anterior, comprendo las condiciones del acuerdo anterior y estaré sujeto a sus términos en nombre de mi hijo.

Por favor escriba su nombre aquí _____ y firme

abajo: Firma del padre / tutor _____ Fecha _____

Tu relación con el estudiante _____

Escuela del hogar del estudiante _____ Grado _____ CSS Profesora _____

Si no desea que SWBOCES utilice esta información de la manera descrita anteriormente, complete esta sección:

Yo, el padre / tutor abajo firmante de _____,

(Nombre de estudiante)

NO QUIERO los tipos de información descritos anteriormente con respecto a mi hijo que se entregan a los periódicos locales, que se utilizan en las publicaciones de SWBOCES, el sitio web de SWBOCES, las redes de medios sociales, el anuario o las estaciones locales de radio y televisión cuando se inscriben en SWBOCES.

Firma del padre / tutor _____ Fecha _____

Tu relación con el estudiante _____

Escuela del hogar del estudiante _____ Grado _____ CSS Profesora _____

Southern Westchester BOCES ADA Version

Information De Emergencia

Informacion de Emergencia

Año Escolar: _____

Nombre de estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Domicilio del estudiante: _____

Nombre(s) de Padres/Tutor: (escribe claramente)

Madre: _____ Padre: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de casa: _____

Teléfono de trabajo: _____ Teléfono de trabajo: _____

Teléfono de celular: _____ Teléfono de celular: _____

Contacto de Emergencia: *Debe recoger o recibir niño enfermo*

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Teléfono: _____

Números duplicados no so aceptables

Alerta médicas del estudiante: (SI / NO)

Ninguna _____ Cardiaco _____ Diabetes _____ Asma _____ Convulsiones _____ Otra _____

Alergias: Alimentos _____ Medicatmentos _____ Otra _____

Medicación: (Si su hijo toma medicamentos, por favor complete la siguiente información):

Nombre de medicamentos	Dosis	Lugar donde fue tomada – Marque con una X
_____	_____	Casa _____ Colegio _____
_____	_____	Casa _____ Colegio _____
_____	_____	Casa _____ Colegio _____

Southern Westchester BOCES ADA Version

Proveedor y Permiso De Los Padres Para Administrar Medicamentos En La Escuela / Eventos Patrocinados Por La Escuela

Para ser completado por el padre/tutor

Nombre de estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Calidad: _____ Maestro: _____ Colegio: _____

Solicito a la enfermera de la escuela que dé el medicamento listado en este plan; O después de que la enfermera determine que mi hijo puede tomar su propia medicación: El personal capacitado puede ayudar a mi hijo a tomar sus propios medicamentos. Proporcionaré el medicamento en la farmacia original o en el contador. Este plan será compartido con el personal escolar cuidando a mi hijo.

Padre/Tutor Firma _____ Fecha _____

Correrá electrónico _____

(Para ser completado por el proveedor de atención médica – válido por 1 año)

Diagnosis: _____

Medication: _____

Dose: _____ Route: _____ Time: _____

Recommendations: _____ ICD Code _____

** Note: Medication will be given as close to the prescribed time as possible, but may be given up to 1 hour before or after the prescribed time. Please advise if there is a time specific concern regarding administration.

[] *Independent Carry and Use Attestation Attached (required for independent carry and use)*

Check this box and attach the attestation to this form to request this option. NYS law requires both provider attestation that the student has demonstrated they can effectively self-administer inhaled respiratory rescue medications, epinephrine auto-injector, Insulin, carry glucagon and diabetes supplies or other medications which require rapid administration along with parent/guardian permission delivery to allow this option in school.

Southern Westchester BOCES ADA Version

Autorización para asistir un viaje de estudio

Cada año se llevan a cabo varias excursiones y viajes comunitarios educativos para aumentar el programa académico. Le pedimos que complete el formulario de permiso a continuación, ya que se usará como una hoja de permiso general para que su hijo/ a acompañe a su clase.

Este formulario debe ser devuelto al maestro/a de su niño o trabajador social y será colocado en el archivo del estudiante de su hijo

Gracias por su cooperación

Le doy permiso para que mi hijo / a participe en excursiones comunitarias educativas y de propinas.
Todos los viajes serán atendidos por personal de Boces, así como padres y voluntarios.

Nombre de alumno(a): _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____