



## Camp SQL 3.0

27 – 28 de mayo de 2020

Front Range Community College – Westminster Campus  
3645 West 112<sup>th</sup> Avenue, Westminster, CO 80031

**No se proporciona transporte.**

**Miércoles:** 9:00 am – 3:00 pm

**Jueves:** 9:00 am – 12:00 pm

[CampSQL3.weebly.com](http://CampSQL3.weebly.com)



ADAMS 12 FIVE STAR SCHOOLS CAMPSQL 2020 PERMISSION FORM

TODAS LAS ÁREAS DEBEN SER LLENADAS , SI ALGUNA COSA NO LE APLICA ESCRIBA N/A.

<b>STUDENT INFORMATION</b>	
Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:                      Grado:                      (Circulo) M/F
Dirección:	Ciudad, código postal:
<b>PARENT/GUARDIAN INFORMATION</b>	
Nombre:	Nombre:
Cuál es su Relación con el estudiante:	Cuál es su Relación con el estudiante
Dirección:	Dirección:
Ciudad, código postal:	Ciudad, código postal:
Teléfono de casa:	Teléfono de casa:
Empleador:	Empleador:
Dirección:	Dirección:
Ciudad, código postal:	Ciudad, código postal:
1 <sup>er</sup> Numero de Contacto:	1 <sup>er</sup> Numero de Contacto:
Teléfono Alternativo:	Teléfono Alternativo:
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:
Primero Persona de contacto encaso de enfermedad o lesión:	
<b>Información de contacto en caso de emergencia (persona distintas de los padres, para ser notificado en caso de emergencia):</b>	
Nombre:	Nombre:
Relación con el estudiante:	Relación con el estudiante:
Dirección:	Dirección:
Ciudad, código postal:	Ciudad, código postal:
Teléfono:	Teléfono:
Teléfono Alternativo:	Teléfono Alternativo:

**Por favor firma**

"COMPRENDO QUE EL CAMPSQL 3.0 SE PONE EN EL LUGAR DE FRONT RANGE COMMUNITY COLLEGE – WESTMINSTER CAMPUS. TAMBIÉN ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DEL TRANSPORTE DE MI HIJO HACIA Y DESDE EL CAMPUS DE FRCC - WESTMINSTER "

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Guardián**

**Fecha**

**CONSENT FOR EMERGENCY MEDICAL CARE AND SHARING OF INFORMATION**

Yo \_\_\_\_\_ el abajo firmante, un padre o tutor del estudiante nombrado arriba en este documento autoriza a patrocinadores todo el adulto, o cualquier persona adulta responsable teniendo esta autorización por escrito, en cuyo cuidado lo anterior mencionado menor ha sido encomendada, para su consentimiento para cualquier examen de rayos x, anestesia, cuidado médico, quirúrgico de diagnóstico o tratamiento y hospital. Este tipo de atención debe prestarse a dicho menor bajo la supervisión general o especial y con el asesoramiento de un médico, dentista o cirujano con licencia para practicar en el estado de Colorado y dar su consentimiento para cualquier examen de rayos x, anestésico, dental o quirúrgico de diagnóstico o tratamiento y a atención hospitalaria. Además, autorizo a todo programa de campamento, escuela y personal del distrito para intercambiar información relevante sobre mi estudiante. Se entiende que esta autorización se da el programa de campamento para todas las actividades patrocinadas por el programa. Se tomaran todos los esfuerzos para localizar a un padre o tutor antes de tomar cualquier acción. Todos los gastos médicos serán aceptados por los padres/tutores. El programa es absuelto de cualquier responsabilidad por accidentes o lesiones recibidas durante actividades patrocinadas por el programa de cualquier o todas.

\_\_\_\_\_  
Firma autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ARREGLO DEL CODIGO DE CONDUCTA PARA ADULTOS Y ESTUDIANTES**

Cada persona que entra en programa CampSQL incluyendo el personal del CampSQL, es sujeto de ser modelo de los estudiantes presentes. Como modelos se espera que TODOS demuestren buena ciudadanía cultural, bondad / respeto de todos, comunicación positiva, la resolución de comportamientos, y la consideración adecuada de la propiedad escolar.

Por ley estatal, el tabaco, las drogas y / o el alcohol no son permitidos en propiedad escolar. En caso de cualquier sospecha, la persona (s) involucrada estará sujeta a la remoción de la propiedad.

**Todas las Políticas del Distrito y del Superintendente se adhieren y serán aplicadas al programa de CampSQL.**

Aunque se hará todo lo posible para resolver un conflicto, reservamos el derecho de suspender cuidado inmediatamente, si el conflicto de un padre/guardián afecta el programa, a un personal o los estudiantes de manera amenazante. Por favor, refiérase al manual escolar para ver los Procedimientos Disciplinarios y políticas dentro del distrito.

**Entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con el "Código de Conducta"**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Tardanzas, Cerradas inesperadas o Situaciones de Emergencia.**

Si usted completan la siguiente sección, que pide números de celular, el programa CampSQL intentara mandar un mensaje de Texto a los padres o tutores para informarles sobre salidas tardes o situaciones de emergencia. Tenga en cuenta que los mensajes de texto normal puede aplicar cobros adicionales, de parte de su proveedor y/o dependiendo de su servicio telefónico y / o área cubierta.

\_\_\_\_\_ Me gustaría ser contactado a través de un mensaje de texto en mi teléfono móvil si el programa cierra temprano, de forma inesperada, o si hay una situación de emergencia. Entiendo que se me puede cobrar una cuota de parte de mi proveedor de servicio telefónico. También entiendo que este procedimiento sólo será utilizado para las salidas tardes inesperados o situaciones de emergencia relacionadas con el programa.

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Numero de Celular: \_\_\_\_\_ Proveedor de Servicio: \_\_\_\_\_



### Form para Emergencia Medica

Yo / Nosotros, \_\_\_\_\_, siendo el Padre/ guardian legal de \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para tratamiento médico y quirúrgico de emergencia en un hospital autorizado por un médico con licencia, si su condición requiere tratamiento en mi ausencia. Yo / Nosotros entendemos que, en tal caso, se harán intentos razonables de ponerse en contacto conmigo, el tiempo y las condiciones lo permitan.

Siempre y cuando el tratamiento médico o quirúrgico que se considere necesario en la situación esté de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica para el tipo particular de lesión o enfermedad involucrada, no impondré prohibiciones específicas con respecto al tratamiento a menos que se indique aquí estado):

Mi hija / hijo tiene las siguientes condiciones médicas que pueden requerir atención de emergencia:

El Distrito y su personal no pueden dispensar medicamentos sin la dirección escrita del médico del estudiante (estudiante), indicando el nombre del niño, el nombre del medicamento, la dosis y el período para el cual se prescribe el medicamento.

Mi hija / hijo requiere la (s) siguiente (s) medicina (s):

La autorización es para el período de tiempo que comienza el **27 de mayo de 2020** y termina el **28 de mayo de 2020**.

\_\_\_\_\_

Firma de Padre or Guardian

\_\_\_\_\_

Fecha