

Waukesha Community Art Project, Inc. Registration Packet
Medical and Emergency Contact Form 2016-17

Nombre de estudiante _____

Diade nacimiento _____

Escuela atendiendo _____ Grado _____

Dirección de casa _____

Numero de celular de estudiante _____

Numero de casa de estudiante _____

Padre(s) o tutor(es) Legales _____

Dirrección (si diferente de arriba) _____

Numero celuar de padre(s) _____ Numero de trabajo _____

Correo-electronico de padre _____

Si mi hijo(a) se convierte enferma o lastimado(a) y yo no puedo ser contactodo(a)
porvavor llamar:

Nombre _____

Telefono _____ Relacion con partipante _____

Nombre _____

Telefono _____ Relacion con partipante _____

Conocidas alergias _____

Preocupaiones de salud _____

Firma (padre/tutor) _____

Firma _____

WAUKESHA COMMUNITY ART PROJECT, INC.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO

Con pleno conocimiento de los riesgos de lesiones en la producción de arte, autorizo a las siguientes personas al encargarse de administrar el tratamiento médico de emergencia para mi hijo(a), _____ (Nombre completo) el Titular, por cualquier lesión u otra emergencia médica, durante la producción de arte o participación en las actividades llevadas a cabo por el Waukesha Community Art Project, Inc. (“WCAP”) : A todos los empleados o voluntarios de WCAP y los funcionarios y/ o directores de WCAP o la organización patrocinadora que ha proporcionado la facilidad. A este consentimiento se extiende también el derecho de las personas mencionadas anteriormente para organizar el tratamiento médico inmediato por un médico autorizado y/ u otro capacitado con suministrar ayuda médica, y para que ellos suministren dicha atención médica de emergencia que consideren ser adecuada para preservar la vida o el bienestar de mi hijo(a). Por este medio mi hijo(a) y yo liberamos, e indemnizamos, a las personas mencionadas anteriormente para cualquier lesión o daños relacionados con la administración de la atención médica de emergencia según sea autorizado en el presente documento.

Este consentimiento para el tratamiento médico esta en efecto desde la fecha en que quede firmado abajo hasta el 1 de Julio, 2017 y se interpretara conforme a la ley de Wisconsin.

He leído y entendido en total las declaraciones mencionadas. Reconozco que antes de la firma tuve la oportunidad de ponerme en contacto con WCAP para discutir cualquier pregunta que tuviera sobre el Consentimiento y la Liberación de Responsabilidad.

Fecha: _____

Firma de padre o tutor legal

Nombre de padre o tutor legal

WAUKESHA COMMUNITY ART PROJECT, INC.

LIBERACION DE RESPONSABILIDAD

El padre o tutor legal de _____ (nombre completo), el "Titular," reconoce que la producción de arte implica el uso de objetos afilados y productos químicos y que el Titular pueda sufrir una lesión física grave temporal o permanente, incluyendo, pero no limitado a, cortadas, fracturas, o reacciones alérgicas durante la producción de arte. El padre o tutor legal del registrante reconoce que los tipos de lesiones y danos mencionados en la frase anterior de esta versión pueden surgir de un amplio espectro de causas en relación con esta actividad incluyendo la negligencia o mala conducta de los otros participantes, voluntarios o funcionarios o directores de Waukesha Community Art Project, Inc. ("WCAP"). Con pleno conocimiento de los riesgos arriba mencionados, y en consideración de que WCAP acepte el registrante en su programa de arte, y de acuerdo con la ley de riesgos, sec. 895.525, Wis. Stats., el Titular y yo aceptamos asumir plena responsabilidad por cualquier y todos los danos causados por negligencia, y liberamos, la descarga y/ o indemnizamos a WCAP y a sus funcionarios, directores, patrocinadores de las instalaciones y sus directores y a los oficiales y a cualquiera de sus instalaciones utilizadas para el arte como para cualquier reclamación o acción legal sobre la base de las acusaciones de negligencia por o en nombre del Titular y sus padres o tutores legales.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de cualquiera de las disposiciones de este lanzamiento, o de lo contrario desea discutir o negociar acerca de cualquiera de las disposiciones de este lanzamiento, por favor póngase en contacto con el Director Ejecutivo de WCAP. Tenga en cuenta que al Titular no se le permitirá participar en cualquier programa de WCAP patrocinado a menos y hasta que este formulario este firmado y devuelto a un representante autorizado de WCAP u otros arreglos se hagan hecho en respecto a la materia de esta versión en una escritura firmada por usted y por el Director Ejecutivo de WCAP.

Este lanzamiento quedara en efecto desde la fecha en que quede firmado abajo hasta el 1 de Julio, 2017, y se interpretara conforme con la ley de Wisconsin.

Fecha: _____

Firma de padre o tutor legal

Imprima su Nombre

El permiso para las Excursiones a pie

_____ (Nombre de estudiante) tiene mi permiso para ir en excursiones de campo a pie con el Waukesha Community Art Project, Inc. Entiendo que todos los participantes en el programa estarán bien supervisados, y que algunas excursiones a pie pueden ser organizadas sin el permiso de un padre. Todas las excursiones a pie comenzaran y terminaran durante las horas del programa, y comenzaran y terminaran en el Waukesha Community Art Project ubicado en 820 N. Grand Ave.

Este lanzamiento quedara en efecto desde la fecha en que quede firmado hasta el 1 de Julio, 2017, y se interpretara conforme con la ley de Wisconsin.

Firma de Padre

Fecha

CONSENTIMIENTO DE MEDIOS SOCIALES

Medios de Comunicación Social se han convertido en una gran parte de nuestra sociedad hoy en día y es una gran manera de crear, compartir e intercambiar todos los diferentes tipos de información. El Waukesha Art Project, Inc. utiliza estas excelentes herramientas para llegarle a la comunidad y aquellos que tengan una misión similar a la nuestra. El Waukesha Art Project, Inc. utiliza Facebook, Twitter, Instagram, nuestro propio sitio de la web y también ha aparecido en las noticias. Creemos que todos estos son una forma sencilla de mantenerse conectado, mostrar a la gente lo que estamos haciendo actualmente y aumentar el apoyo y la sensibilización del Waukesha Community Arts Project.

Yo, _____, **doy permiso** **no doy permiso**
(circule uno) para ser fotografiado, grabado en video, audio-grabado, y o entrevistado por los medios de comunicación durante su participación en el programa después de la escuela de Waukesha Community Arts Project, Inc.

Yo, _____, **doy permiso** **no doy permiso**
(circule uno) para permitir que mi obra sea publicada en el sitio web o una de las formas de medios sociales que utiliza el Waukesha Community Arts Project, Inc.

Yo, _____, **doy permiso** **no doy permiso**
(circule uno) para permitir que una imagen de mí mismo sea publicada en el sitio de web del Waukesha Community Arts Project, Inc. No se utilizarán nombres, sólo fotografías.

Yo, _____, **doy permiso** **no doy permiso**
(circule uno) para que una imagen de mí mismo sea puesta en las páginas de Facebook, Twitter, o Instagram del Waukesha Community Arts Project, Inc. No se utilizarán nombres, sólo fotografías.

Estoy de acuerdo en mantener indemne y dejar salvos al Waukesha Community Arts Project, Inc., a sus miembros, oficiales, agentes, y empleados de y contra todas las reclamaciones, demandas, acciones, quejas, demandas u otras formas de responsabilidad que sean levantadas, o por razón de, o ser causadas por el uso de mi imagen en la televisión, radio, internet, el cine o en la prensa escrita.

Nombre del Participante _____

Padre/ Tutor Legal _____

Fecha _____