**Forma De Inscripción – Otoño/Primavera 2022-2023**

Nombre del Estudiante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Primero Segundo Apellido*

Escuela del Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado/Año: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Maestro(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad (Departir de Septiembre 1, 2022): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La Raza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Etnia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombres de Padres/Guardianes & Números de Teléfono:**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número del Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número del Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Otras personas autorizadas a tomar cuidado de su niño(a) en caso que usted no puede:**

**VEA LA FORMA ADJUNTA.**

**La Información Médica**

En caso de accidente o enfermedad seria, el Epoch Dream Center tiene permiso a buscar atención médica para mi niño(a). Yo autorizo que le den el cuidado y tratamiento apropiado a mi niño(a) de parte de un hospital o médico profesional. Yo asumiré la responsabilidad para el cuidado de emergencia y/o transportación del niño(a).

La Aseguradora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Número de póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico(a) de Atención Primaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Los Permisos de Epoch**

Le doy permiso a mi hijo(a), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para:

* asistir a las excursiones con un voluntario u empleado aprobado de Epoch Dream Center. Mi hijo(a) tiene permiso para viajar en el automóvil del voluntario / empleado o en la camioneta de Epoch hacia y desde el destino. También le doy permiso al voluntario / empleado de Epoch Dream Center para que busque atención médica para mi hijo(a) si lo requiere.
* Mi niño(a) tiene permiso para participar en las actividades religiosas del programa.
* Le doy permiso a los empleados de Epoch para fotocopiar los boletines de calificaciones, informes de progreso, IEP y correspondencia de los maestros. y el comportamiento y la asistencia de mi hijo. Entiendo que los empleados de Epoch Dream Center se pondrán en contacto con los maestros de mi hijo(a) durante todo el año y también mantendrán los registros de las calificaciones de mi hijo(a) como una forma de rastrear el rendimiento académico, el comportamiento y la asistencia de mi hijo(a). Le doy permiso a los empleados administrativos y evaluadores de Epoch a tener acceso al estatus de FARM/FIT, calificaciones, registro permanente, registro de asistencia, registro de disciplina, resultados de las pruebas e exámenes, así como cualquier registro del Departamento de Servicios Juveniles de mi niño(a). Al hacerlo, entiendo que el personal del programa y los evaluadores del programa tendrán el privilegio de tener información confidencial sobre mi hijo(a).
* Le doy permiso y entiendo que mi hijo(a) o yo podemos ser fotografiados o filmados en video y doy mi permiso para el uso de dichas fotos o videos para la promoción del Epoch Dream Center u otras organizaciones asociadas con Epoch Dream Center.
* Mi niño(a) tiene permiso para participar en el programa de tutoría de Epoch y puede reunirse con su tutor una vez a la semana.
* Como su padre/madre o tutor legal de este niño(a), doy mi consentimiento para que mi hijo(a) asista y participe en todas las actividades proporcionadas por Epoch Dream Center.
* Doy permiso para que mi hijo viaje en el automóvil de un empleado, un mentor o un voluntario cuando lo recojan o lo traigan a su casa / escuela / Epoch.
* Doy permiso para que mi niño(a) viaje en el autobús designado de WCBOE de la escuela a Epoch.
* Doy permiso para que los empleados, voluntarios, o tutores de Epoch que puedan visitar a mi niño(a) durante el día escolar.

Firmado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma de Padre/Madre o Tutor Legal)

**La recogida de niños autorizada**

Para proteger a su hijo(a) y garantizar su seguridad, le pedimos que proporcione una lista de adultos autorizados de asumir el cuidado de su hijo en caso de que usted (padre / tutor legal) no pueda ser localizado **en una emergencia Y quiénes pueden recoger a su hijo** del Epoch Dream Center si usted no puede hacerlo. Tenga en cuenta que a su hijo NO se le permitirá irse con nadie a menos que estén incluidos en este formulario. Los cambios a esta lista se pueden hacer por escrito e en persona. En el caso de que alguien que no sea el adulto autorizado en la lista tenga que recoger a su hijo, envíe una nota por escrito con su hijo. SOLO en caso de emergencia se puede dar consentimiento verbal.

Por favor, informe a la persona autorizada que es posible que se requiera una identificación con foto al momento de la recogida.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_les doy permiso a las siguientes personas para que asuman el cuidado de mi hijo y / o recojan a mi hijo si no puedo hacerlo.

Entiendo que a mi hijo NO se le permitirá salir del Epoch Dream Center con nadie más que los que se enumeran a continuación:

**Nombre Relación Número de teléfono**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. |  | De casa |
|  |  | Celular |
| 2. |  | De casa |
|  |  | Celular |
| 3. |  | De casa |
|  |  | Celular |
| 4. |  | De casa |
|  |  | Celular |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor Fecha

**El programa de tutoría de Epoch Dream Center**

**La divulgación de información y contacto**

**El nombre del estudiante**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**La fecha**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **La escuela**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **La ciudad** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MD

Le doy permiso al coordinador del Programa de Tutoría del Epoch Dream Center para que se ponga en contacto con mi hijo(a) y realice una entrevista personal (si es necesario) con el propósito de solicitar ser un aprendiz. El Epoch Dream Center también puede ponerse en contacto con mi hijo(a) en las instalaciones de la escuela con el propósito de evaluar y entrevistar, así como para brindar apoyo continuo para su participación en el programa de tutoría.

Autorizo ​​a Epoch Dream Center a obtener cualquier información necesaria con respecto a mi hijo(a) del personal de su escuela o los registros escolares, incluidos los registros académicos y de comportamiento y las conversaciones con maestros, consejeros u otro personal administrativo. También autorizo ​​a Epoch Dream Center a obtener cualquier información del Departamento de Servicios Juveniles sobre mi hijo(a).

* Entiendo que la información básica sobre mi hijo(a) se compartirá de forma anónima (sin nombres) con un posible(s) mentor(es) para ayudar a determinar un mentor apropiado. Cuando se determina la coincidencia de mentor - aprendiz, mi identidad y la de mi hijo(a) u otra información relevante se compartirá con el mentor en la medida en que ayude a facilitar una colaboración exitosa.
* Entiendo que todos los participantes tienen que participar en el programa e asistir a todas las actividades y sesiones de tutoría.
* Además, entiendo que es mi responsabilidad que mi hijo(a) siga todas las reglas del programa.
* Como padre / tutor, asumo mi responsabilidad de asistir a todas las funciones a las que los padres deben asistir.
* Entiendo que los empleados administrativos y los evaluadores del Programa de Tutoría de Epoch Dream Center tienen acceso a las calificaciones, registro permanente, registro de asistencia, registro de disciplina y puntajes de exámenes de mi hijo(a), así como a cualquier registro del Departamento de Servicios Juveniles. Al hacerlo, entiendo que el programa, los empleados del programa y los evaluadores del programa tendrán el privilegio de tener información confidencial sobre mi hijo(a).
* Entiendo que cuando mi hijo(a) esté emparejado con un mentor, el mentor puede visitar a mi hijo(a) en la escuela además de reunirse con mi hijo(a) en el Epoch Dream Center.

Este consentimiento es para el año del programa 2022-2023.

Nombre del padre/tutor (en letra imprenta) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ACUERDO DE PARTICIPANTE, LIBERACIÓN Y ASUNCIÓN DE RIESGO DEL EPOCH DREAM CENTER**

Por favor, lea este documento con cuidado. Debe estar firmado por un padre o tutor legal de un participante menor inscrito en Epoch Dream Center. En este acuerdo se hace referencia al padre o tutor como "padre".

 En consideración a los servicios del Epoch Dream Center, yo, el padre abajo firmante de un participante menor (para sí mismo y, en la medida máxima permitida por las leyes de Maryland, en nombre del participante menor) en una actividad del Epoch Dream Center, reconozco e acepto lo siguiente:

Actividades y Riesgos: Entiendo que la experiencia de Epoch Dream Center puede incluir las actividades e interacciones que son nuevas para mi hijo(a) y / o para mí. Entiendo que estas actividades incluyen, entre otras, natación, varios deportes, transporte en vehículos e excursiones. Estas experiencias pueden llevar ciertos riesgos e incertidumbres más allá de lo que yo, o mi hijo(a), podemos estar acostumbrados en casa. Estas son las actividades que implican el riesgo de lesiones personales e incluso la muerte, y pérdida o daño a la propiedad. Entiendo que las actividades de Epoch Dream Center ocurren en diversas áreas, sobre o cerca del agua y sujetas a condiciones climáticas que pueden causar daño. Los participantes pueden resbalarse y caerse, lo que podría ocasionar distensiones, esguinces y fracturas de huesos y sufrir la exposición a condiciones climáticas extremas.

 Me doy cuenta de que ningún entorno está libre de riesgos y que se encontrarán otros riesgos. Yo, y mi hijo(a), si corresponde, entendemos la importancia de seguir las reglas de Epoch, y mi hijo(a) y yo estamos de acuerdo en que él o ella obedecerá las reglas de Epoch y las reglas de los líderes del grupo.

 Asunción de riesgos: Soy consciente de los riesgos de las actividades de Epoch Dream Center. Entiendo que Epoch no puede protegerse contra todas esas lesiones, y reconozco y asumo expresamente todos los riesgos de las actividades de Epoch, inherentes y de otro tipo, ya sea que se describan o no anteriormente.

 Descargo y acuerdo de indemnización: Como el padre en nombre de mi hijo(a) menor de edad que participa en las actividades de Epoch Dream Center, mi esposo(a), mis otros hijos, mis padres, mis herederos, cesionarios, representantes personales y patrimonio, por la presente acepto liberar y no demandar e indemnizar a Epoch Dream Center, sus directores, funcionarios, agentes, voluntarios, mentores, empleados, el UMC de Nelson y cualquier agencia federal, estatal o local que tenga jurisdicción sobre las tierras o propiedades en las que operan los programas de Epoch Dream Center (las Partes Exoneradas) con respecto a cualquier reclamo de responsabilidad, acuerdo, sentencia, adjudicación o costo de defensa y honorarios de abogados, incluida la negligencia (pero no negligencia grave) que surja de mi inscripción o participación o la de mi hijo(a) en una actividad del Epoch Dream Center.

 Indemnización: Acepto además indemnizar (es decir, proteger y pagar, incluidos los costos y los honorarios de los abogados) al Epoch Dream Center y a otras Partes exoneradas de todas y cada una de las reclamaciones, incluidas las presentadas por el(la) niño(a), un miembro de su familia, un coparticipante o cualquier otra persona, que surjan de lesiones u otras pérdidas sufridas por el(la) niño(a) o causadas por el(la) niño(a), y que estén de alguna manera relacionadas con la inscripción o participación del (de la) niño(a) en una actividad del Epoch Center.

 Otro: Estoy de acuerdo en revelar completamente todas las condiciones físicas, mentales y emocionales que podrían afectar la seguridad o el éxito del programa o hacer que mi hijo(a) o yo seamos un peligro para si mismo(a) o para los demás. Autorizo ​​al personal y a los voluntarios del Epoch Dream Center a proporcionar u obtener la información médica de mi hijo que consideren apropiada y a intercambiar información médica con proveedores de cuidado externos.

 Acepto que cualquier disputa o causa de acción que surja entre mí o mi hijo(a) y cualquier Parte exonerada, que surja de este acuerdo o de otro modo, solo se puede presentar en un tribunal de jurisdicción competente ubicado en el condado de Wicomico, Maryland y se interpretará de acuerdo con las leyes sustantivas de Maryland. Además, entiendo y estoy de acuerdo con los Términos del Acuerdo como se establecen en esta exención.

 Autorizo ​​y acepto el uso por parte del Epoch Dream Center de todas las fotografías y otros imágenes y declaraciones de o sobre mí o mi hijo(a), según lo considere adecuado el Epoch Dream Center, sin compensación.

 Acepto la responsabilidad y estoy de acuerdo en reembolsar al Epoch Dream Center por la pérdida o destrucción intencional por mi parte o por mi hijo(a) de cualquier equipo que pertenece al Epoch Dream Center. El Epoch Dream Center no será responsable de las pertenencias mías o las de mi hijo(a) que puedan perderse o ser robadas mientras yo, o él / ella, participe en una actividad del Epoch Dream Center.

La duración de este acuerdo es de un año del programa, si no antes se cancela expresamente o se reemplaza por escrito.

LA INDEMNIZACIÓN ADICIONAL DEL PADRE O TUTOR: Fecha de hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Debe ser completado para participantes menores de 18 años.)

El nombre del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_La fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al firmar su nombre a continuación, Usted acepta que ha leído, entendido y está de acuerdo con este documento en su totalidad.

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, indique cualquiera condición médica/mental, alergias alimentarias y medicamentos de su hijo(a) que nuestro personal deba conocer.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_