



Solicitud para "A.L.L. Green Future", Otoño 2013
Onieda St. en San Jose Ave., SF, CA, 94112 (415) 206-9710 / (310) 245-1466
(llene una forma por cada estudiante)

Primer Nombre del Estudiante
Apellido
Grado Actual Edad Sexo: [] M [] F
Fecha de Nacimiento No. De Teléfono
Dirección Ciudad
Código Postal
Escuela
Maestro
¿Ha asistido al Programa de "A Living Library"/ "A.L.L. ECO-ART"? [] No [] Si
¿Cuándo y donde?

Información Estadística Sobre la Familia

Esta información es confidencial, para uso estadístico y para satisfacer los requisitos de la agencia que suple los fondos para el programa. Por favor escoja cual raza y grupo étnico mejor describe al estudiante:

Etnicidad del Estudiante:
African: [] Afro Americano [] African Other
Asiático: [] Chino [] Filipino [] Indian [] Japonés [] Coreano [] Loaitiano [] Tailandés [] Vietnamita
Asiático de otro origen:
Hispano/Latino: [] México/Mexicano [] Centro Americano [] Sud-Americano [] Caribeño
[] Hispano de otro origen:
Medio Oriente: [] Árabe [] Iraní [] Medio Oriente de otro origen
[] Nativo de América [] Nativo de Alaska
Islas del Pacífico: [] Gua manían [] Hawaiian [] Tongan [] Samoano [] Otra de las Islas Del Pacifico:
[] Blanco [] Ruso [] Multi-Racial/ Multiétnico [] Otra origen (no incluido en esta lista)
Idioma hablado en la casa:
Fluidez de Ingles: [] Fluido [] No Fluido [] Algo Fluido

Todos son bienvenidos

Ofrecemos servicios pensando en estudiantes con todo tipo de habilidades

¿Necesita su hijo una acomodación razonable para participar en este programa? [] SÍ [] NO
Su hijo o algún miembro de su familia en su hogar es elegible para beneficios de: [] TANF [] JTPA
[] Estampillas de comida [] SSI [] Medi-Cal

Información De Los Padres o Encargado

Nombre Parentesco Teléfono
Nombre Parentesco Teléfono

Información en caso de Emergencia

Por favor anote el nombre y teléfono de personas que pueden ser contactadas en caso de una emergencia. Adjunte lista de contactos adicionales si es necesario.

Nombre Parentesco Teléfono
Nombre Parentesco Teléfono

Salida de la Escuela (SIGN OUT)

Por favor anote los nombres de las personas autorizadas a recoger a su hijo/a del programa

Solo podemos dejar ir a su hijo con las personas anotadas en esta lista:

Nombres _____

En caso de separación o divorcio, el padre/madre sin la custodia del niño/a, ¿tiene permiso para recogerlo/a?

Si No

“Mi hijo tiene permiso para salir del programa sin un adulto que lo recoja”: Marque Si No

Información Médica

Seguro Medico () Si () No. Nombre del proveedor de seguro _____

Numero de póliza _____

Nombre del Médico de la Familia _____

Teléfono del medico _____ Hospital _____

Su hijo sufre de (alergias, asma, condición del corazón, usa anteojos, ataques convulsivos, diabetes, problemas del oído, etc.)

Si No

Por favor explique _____

¿Toma su hijo algún medicamento durante el día? Si No

Por favor explique que medicamento _____

Por la presente, certifico, que la declaración en la solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que esta información está sujeta a verificación solo por oficiales HUD (Vivienda y Desarrollo Urbano)/MOCD.

Firma del Padre/Encargado _____ **Fecha** _____

El niño bajo mi cuidado, _____, (nombre y apellido del estudiante) tiene mi permiso para trabajar con Life Frames, Inc., y San Miguel Child Development Center este Otoño en el *OMI/Excelsior Living Library & Think Park*.

Entiendo que mi hijo o hija, o el niño bajo mi cuidado:

- Va a trabajar con las plantas y el paisaje. Podría regresar a casa con ropas y zapatos sucias de trabajo en el suelo del jardín y el paisaje.
- Pueda regresar a casa con la ropa sucia y zapatos de trabajo en el suelo del jardín
- Va a trabajar con el *Living Library* cada martes, miércoles y viernes de 3:30 PM - 5:30 PM desde 27 de agosto 2013 hasta el 20 de diciembre de 2013.
- Puede ser grabado en video y / o fotografiado durante la participación en *Life Frames, Inc.* y *Living Library* a efectos de documentar bueno y importante trabajo de los estudiantes con programas de *A Living Library*. Las imágenes pueden ser utilizados para la publicación impresa, exposiciones, sitio web y / o de televisión a través de vídeo, fotografía o grabación de voz, y
- Recibirá un estipendio monetario al final del período de sesiones sobre la base de la calidad de su participación y asistencia en el programa.
- **Estipendio monetario modesto que debe darse al final de la sesión de otoño:** \$ 50 para estudiantes con base en la asistencia y calidad de la participación

He leído esto y quiero participar:

Nombre del Padre/Encargado: _____

Firma de Padre/Encargado: _____

Solicitud del Estudiante

Marque aquí y firme de que entiende que se está comprometiendo a las horas de las prácticas todos los martes, miércoles y jueves a partir de agosto 27 a diciembre 20, 3:30 PM - 5:30 PM para la sesión de otoño. Salvo acuerdo en contrario con el maestro de A Living Library.

Nombre y Apellido: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas de forma clara y honesta en oraciones completas en Inglés. No te preocupes por la gramática y el lenguaje inglés. Estamos interesados en sus ideas. Use el otro lado de la hoja si necesita más espacio.

1. ¿Por qué estás interesado en esta práctica? ¿Qué esperas obtener de esta experiencia?

2. ¿Te gusta la jardinería, o estás interesado en aprender?

3. Comparta una experiencia memorable de trabajar en el jardín o disfrutar del aire libre y la naturaleza.

4. ¿Estaría usted interesado en continuar con esta práctica durante la sesión de primavera?
(será comenzar el martes 7 de enero, y se llevará a cabo después de la escuela, martes, miércoles y viernes hasta 30 de mayo)

Si No

Firma del Estudiante: _____

Firma del Padre/Encargado _____

A LIVING LIBRARY GREEN FUTURE INTERNSHIP (OTOÑO 2013)

CONTRATO Y FORMA DE DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Yo _____ (escriba su nombre completo aquí), la presente reconozco que estoy participando voluntariamente en el programa "A Living Library Green Future" proporcionado por *Life Frames, Inc.*, una corporación sin fines de lucro de California.

ACUERDO DE MANTENER INDEMNEN LIFE FRAMES, INC., DURANTE CUALQUIER ACCIDENTE DE CUALQUIER PARTE DEL PROGRAMA DE POSIBLES LESIONES PERSONALES O DAÑOS A LA PROPIEDAD A MÍ O MIS FAMILIARES, SI TAMBIÉN SON PARTICIPANTES.

Entiendo que vamos a trabajar con diversas herramientas, equipos y materiales, y que puede haber un riesgo de lesiones debido a circunstancias imprevistas. Yo entiendo que los sitios de jardín y los alrededores no pueden estar seguros de que están libres de defectos. También entiendo que, además de los riesgos mencionados anteriormente, puede haber acontecimientos impredecibles que podrían estar involucradas en esta actividad.

También certifico que estoy física y mentalmente apto para participar en estas actividades y no me han aconsejado de otra manera por personal médico calificado.

Doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico de emergencia, que pueda considerarse apropiado en caso de lesión, accidente y / o enfermedad durante su participación en este programa.

ENTIENDO PERFECTAMENTE LO ANTERIOR Y TANTO EXIMO LIFE FRAMES, INC., Y ESTOY DE ACUERDO EN ACEPTAR TODOS LOS RIESGOS - INCLUYENDO LESIONES PERSONALES, RESPONSABILIDAD, O DAÑOS A LA PROPIEDAD.

Estoy de acuerdo, en la medida de mis posibilidades, a participar en este programa de forma segura y cortés.

Nombre y firma del Estudiante: _____

Nombre y firma del Padre/Encargado: _____

Esta publicación tiene por objeto cumplir con antelación, Life Frames, Inc., o cualquiera de sus representantes designados o agentes respectivos de los mencionados anteriormente, de y contra cualquier y toda responsabilidad que surja de o relacionados de alguna manera con mi participación en este proyecto.

Por otra parte, yo estoy de acuerdo que yo, mis herederos y cesionarios no harán reclamación contra, demandar, adjunte propiedad de, o juzgar Life Frames, Inc., o cualquier otro representante designado o el agente respectivo de los mencionados anteriormente, por lesiones o daños resultantes de la negligencia activa o pasiva, descuido o cualquier otro acto que pueda resultar de mi participación en este programa.

Firma del Estudiante _____ **Fecha** _____

Firma del Padre/Encargado _____ **Fecha** _____