

Renuncia y permiso del programa externo

Nombre: _____

Edad: _____ Grado: _____ Tienes una tarjeta de biblioteca? Sí: _____ No: _____

Dirección: _____

Padre/Guardián nombre(s): _____

Número de teléfono: _____ Celular/otro teléfono: _____

Alergias: _____

Contacto Adicional De Emergencia:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

He leído y entiendo las Reglas de Conducta descritas por la Biblioteca Pública de Glen Ellyn y acepto cumplirlas. Acepto seguir las instrucciones emitidas por los empleados de la Biblioteca Pública de Glen Ellyn. Entiendo que los empleados de la Biblioteca Pública de Glen Ellyn están autorizados a hacer cumplir estas reglas. Entiendo que la biblioteca se reserva el derecho de revocar o restringir los privilegios del programa de cualquier usuario por conducta contraria a estas reglas. En caso de que no siga alguna de las reglas anteriores, la biblioteca se reserva el derecho de comunicarse con mis padres/Guardián.

Nombre impreso del participante

Firma del participante

Fecha

CONSENTIMIENTO Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

Entiendo que al asistir a este programa, el personal de la biblioteca o sus representantes pueden fotografiar y grabar en video a mi hijo durante el curso de las actividades de la biblioteca. Las imágenes podrán utilizarse, sin acompañar ninguna identificación personal, en publicidad de la biblioteca.

Por este medio doy permiso para _____ (nombre del niño) para asistir a Glen Ellyn Programa para adolescentes y escuelas intermedias de la biblioteca pública. Asumo toda la responsabilidad por las lesiones sufridas por mi hijo y por las lesiones que mi hijo pueda causar a otros. Por la presente libero y libero para siempre a la Biblioteca Pública de Glen Ellyn, sus funcionarios y empleados de todos y cada uno de los daños y causas de acción, ya sea por ley o por equidad, que mi hijo pueda tener como resultado de la participación o asistencia a esta actividad patrocinada por la biblioteca.

continúa

En caso de emergencia médica, doy permiso para que los adultos supervisores de la Biblioteca Pública de Glen Ellyn se comuniquen con el 911 para obtener asistencia médica para mi hijo/pupilo mencionado anteriormente, y doy mi consentimiento para el tratamiento médico que el personal médico de emergencia considere necesario. Me contactarán inmediatamente si surge alguna emergencia.

Mi hijo menor/pupilo mencionado anteriormente y yo entiendo que las violaciones de las Reglas de Conducta de la Biblioteca Pública de Glen Ellyn o la infracción del disfrute de otros en este evento resultarán en el desalojo. El padre/Guardián acepta estar disponible en uno de los números de teléfono enumerados arriba durante el tiempo del programa.

Nombre impreso del padre/Guardián

Firma del padre/Guardián

Fecha