



## SAZ 2016-2017 FORMA DE REGISTRO ANUAL

Nombre de la juventud: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: / / Edad: \_\_\_ Grado: \_\_\_ Masc. /Mujer (círculo)  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono Principal #: \_\_\_\_\_ Teléfono secundario #: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ (Por favor escribir con claridad )  
 Carrera: (círculo) Blanco, Negro, Alaska / indio americano, asiático, Hawai / Islas del Pacífico, Blanco y Negro, Otros  
 Talla de camiseta (círculo 1): XP P M G XG XXG XXXG Otro: \_\_\_\_\_

Madre / tutor Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección / Teléfono (s) / Correo si es diferente: \_\_\_\_\_  
 Padre / Guardián Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección / Teléfono (s) / Correo si es diferente: \_\_\_\_\_

### DÍAS Y REGISTRO DE ASISTENTES A SAZ (Círculo Días Registrada y Asistir SAZ)

\*Los estudiantes que asisten en los días NO REGISTRADOS sin previo aviso será enviado a casa en el autobus

**L M X J V**

### CONTACTOS DE EMERGENCIA Y ALTERNOS DE RECOGIDA

Nombre: \_\_\_\_\_ Relationship to Participant \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono Principal #: \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario #: \_\_\_\_\_  
 X (Inicial) \_\_\_\_\_ Doy permiso para que este contacto para recoger a mi hijo en caso de emergencia o como una alternativa pick-up  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el Paticipante \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono Principal #: \_\_\_\_\_ Telefono Secundario #: \_\_\_\_\_  
 X (Inicial) \_\_\_\_\_ Doy permiso para que este contacto para recoger a mi hijo en caso de emergencia o como una alternativa pick-up

### ALERGIAS Y MEDICAMENTOS

Por favor, una lista de todas las alergias: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
 Anote todos los medicamentos: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
 X (Inicial) \_\_\_\_\_ Yo entiendo que es la política de la Zona de Aventura Seabrook que los medicamentos con receta no es dis-  
 tribuido por el personal SAZ o voluntarios a los participantes. Si se necesita medicación durante las horas del  
 programa, que debe ser administrado por el participante o la persona responsable.  
 X (Inicial) \_\_\_\_\_ Doy permiso para que un miembro del personal certificado de primeros auxilios / CPR SAZ para administrar  
 ibuprofeno o aspirina para mi hijo cuando sea necesario.



## SAZ 2016-2017 FORMA DE REGISTRO ANUAL

**Por favor tome el tiempo para sentarse con su hijo y responder a las siguientes preguntas...**

1. ¿Cuáles son los tres objetivos que tiene para el curso escolar 2016/2017?  
A. \_\_\_\_\_  
B. \_\_\_\_\_  
C. \_\_\_\_\_
2. ¿Qué se necesita para alcanzar estos objetivos? De SAZ? De ti mismo? ¿Quién puede ayudarle?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. ¿Cuáles son algunos pasos que podrían tener que tomar para alcanzar estos objetivos?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Para los padres....**

1. ¿Qué es lo que quieres de SAZ? Divertido? Académicas?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Para los participantes ...**

1. ¿Qué es lo que quieres de SAZ? ¿Ayuda con las tarea?  
\_\_\_\_\_

- X \_\_\_\_\_ Doy permiso para la recepción y entrega de información, incluyendo el rendimiento académico a través de los grados de JUPITER, desde / hasta SAZ, incluyendo pero no limitado a los facilitadores de SAZ, oficiales escolares, y los médicos que asisten en servir a mi hijo con el propósito de logro académico y social.
- X \_\_\_\_\_ En el caso de una emergencia SYS / SAZ intentará ponerse en contacto conmigo antes de cualquier tratamiento médico. Doy permiso para que mi hijo recibir tratamiento médico de emergencia, incluyendo el uso de la anestesia, según lo recomendado por los médicos.
- X \_\_\_\_\_ Doy permiso para que mi hijo sea transportado por SAZ, incluyendo sus proveedores contratados, a / de las actividades y / o en el hogar del programa según sea necesario.
- X \_\_\_\_\_ Doy permiso para el uso de diversas representaciones de los medios de mi hijo, incluyendo fotos, audio, video y por escrito, para la educación, fuera del alcance y fines de reconocimiento.
- X \_\_\_\_\_ Doy permiso para que mi hijo va a ver películas PG-13.
- X \_\_\_\_\_ He leído y estoy de acuerdo con las directrices del Manual de Padres SAZ como se indica en el Manual de Padres SAZ.
- X \_\_\_\_\_ Doy permiso para que mi hijo de caminar de la Zona de Aventura Seabrook.

**El Seabrook Adventure Zone es un socio con 4-H a través de Extensión Cooperativa de la Universidad de New Hampshire. Todos los niños están matriculados en 4-H y recibirán información sobre las actividades de desarrollo disponibles juveniles.**

X \_\_\_\_\_  
**Firma del padre/tutor**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Fecha**