



Communities In Schools of Lake County FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PARIENTE O GUARDIAN

Nombre del Estudiante _____ Grado: _____

Número de identificación del estudiante: _____ Dirección de casa: _____

Escuela: Block Jr. High/ EC Middle EC Central High Otro _____

ESTIMADO PARIENTE O GUARDIAN:

Su hijo (a) ha sido referido a Communities In Schools of Lake County como alguien que se beneficiarían de los servicios de CIS. Su permiso es requerido para la participación de todas las actividades de Communities In Schools destinadas a aumentar la asistencia a la escuela, mejorar el aprendizaje, fomentar el desarrollo personal y social y (en grados altos) aumentar la empleabilidad y la elegibilidad para la universidad.

Entre los servicios ofrecidos por CIS están servicios de asesoramiento, actividades recreativas, programas de enriquecimiento, servicios de tutoría relacionados con salud y servicios humanos, viajes de campo, exploración de carreras, y asistencia en la preparación para la universidad. Con el fin de que su hijo (a) participe, su autorización y acuerdo con los términos de este formulario de consentimiento, como evidencia su firma a continuación es necesaria.

Yo, _____ concedo el permiso para que mi hijo(a), _____ participe en Communities In Schools of Lake County y en todos los servicios de CIS, hasta que el soporte no sea necesario o hasta que yo notifique a CIS of Lake County, por escrito a mi deseo de retirar mi estudiante de los servicios de CIS. Yo expresamente autorizo lo siguiente:

1. Realizar entrevistas, pruebas y cuestionarios de programa de estudiantes para fines de evaluación.
2. Divulgación de la información confidencial (i. e el acceso a los expedientes de los estudiantes, incluyendo las calificaciones, calificaciones de las pruebas, asistencia o expedientes disciplinarios, entrevistas, etc.; acceso financiero, médicos, o asistencia pública de organismos apropiados) para personal profesional de CIS calificado según sea necesario. Sujeto a leyes federales y estatales, esta información se mantendrá en un asunto de carácter confidencial.
3. Referencias a otros organismos de servicios específicos (por ejemplo, salud, asistencia pública, consejería y/ o pruebas psicológicas).
4. Transportación de mi hijo (a), (ya sea en un transporte público o privado, incluyendo autobús, taxi, o automóvil) en las salidas de campo, citas, reuniones, y otras actividades.
5. Participación en los servicios especificados en los planes de servicio de mi hijo (a), tales como consejería, tutoría, enriquecimiento cultural, y/o actividades recreativas.
6. Información de emergencia o tratamiento médico dental de un hospital local o por cualquier profesional autorizado o dentista en caso de enfermedad, accidente o emergencia, si no estoy en condiciones de ser alcanzado de manera oportuna.
7. Participación en fotos, entrevistas y/o video relacionados con el programa, y el uso de cualquiera de estos por Communities In Schools para publicidad, entrenamiento y/o fines de relaciones públicas.
8. Yo reconozco que este consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento informando a un miembro de CIS of Lake County, por escrito, salvo consentimiento previo que se aplicaran en la medida en que la agencias ya han tomado medidas en la dependencia de la misma.

Yo puedo decir que no voy a retener a Communities In Schools of Lake County, Inc. o cualquier otro sitio de trabajo, organización o agencia, responsable de médicos y/o tratamientos quirúrgicos en caso de enfermedad, accidente o cualquier otra situación de emergencia. Yo estoy de acuerdo en que los servicios proveídos por CIS of Lake County están llenos y adecuados para esta renuncia.

Para promover el desarrollo académico, personal y profesional de mi hijo (a), voy a participar en al menos dos conferencias de padres/tutores por año para discutir el progreso de mi hijo (a) (ya sea a través de una visita de casa o visita de escuela).

A continuación se detallan las actividades en las que no quiero que mi hijo (a) participe: _____

Firma de Pariente/Guardian _____

Fecha _____

CORREO ELECTRONICO DEL PARIENTE _____

Contactar en Emergencia /Relación a estudiante _____

Firma del Estudiante _____

TELEFONO: _____

TELEFONO: _____

Fecha _____