El Departamento de Essex Alguacil
Academia Dirigentes de Menor

Padres: Gracias por completar esta forma a favor de su hijo o hija. La academia dirigentes de menor es un servicio educativo. La academia utilizará una gran variedad de juegos, actividades equipo-construindo, para desarrollar trabajo en equipo y cooperación. Esta iniciativa preparará a los participantes para los desafíos de las cuerdas bajas y altas corren. Algunos de estas actividades pueden estar demandando físicamente sin embargo que ellos son diseñados para estar dentro de la capacidad de cualquier estudiante que está en la salud razonablemente buena. Para información adicional la persona de contacto es Ashley Rousseau at 978-750-1900x 3312.

La seguridad es una prioridad muy alta para todos nuestros programas. Ayúdenos por favor proporcionando la información solicitó abajo. Si su niño tiene cualquier corriente o condiciones médicas pasadas que podrían realizar su participación, permiten por favor que nosotros saber.

Parte Uno: General

Fecha del Programa:_____ Nombre de Estudiante: _____
Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____
Fecha de Nacimiento:_____
Padres: _____ Teléfono de casa:_____
Dirección:_____
Direccion eletronica (opcional): _____
Si usted no está disponible en una situación de emergencia, indica por favor a una persona adicional para ser notificada:_____
La Relación: _____
Teléfono: _____
Dirección: _____

Parte Dos: Información de seguro

¿Es cubierto este estudiante por seguro familiar de médico/hospital? Sí ___ no ___
El nombre: _____
Numbero de Groupo : _____
Direccion de seguro: _____
Nombre del asegurado: _____
Relación del asegurado al participante: _____

Parte Tres: Preguntas Médicas

¿Tiene su niño cualquier corriente o condiciones médicas pasadas que podrían afectar su capacidad de tomar parte en la Academia? Sí o no
Si sí, identifica y explica:
_____

¿Tiene su niño cualquiera de las condiciones siguientes?
Herida reciente Diabetes Periódicas de Asma
Alergias Crónicas (medicina, el alimento, la abeja pica, etc.) Cirugía reciente

Si usted rodeó cualquiera del arriba, proporciona por favor información adicional:
_____

¿Da usted el permiso a la Academia para administrar la siguiente medicina sin receta debe la necesidad surge? Sí no
Tylenol
Ibuprofen
Otro:

Parte Cuatro:
Yo le doy permiso al Academia dirigentes del Departamento del Alguacil del Condado de Essex el derecho para usar, reproducir, asignar, e/o distribuir, fotos, pelicula, grabacion y cualquier materials que reproducir los estudiantes.

La renuncia de Reclamos: He sido hecho completamente enterado de y comprendo el propósito y actividades específicas que mi niño tomará parte en durante su participación en la Academia de Alguacil de Condado de Essex. Por lo tanto, yo por la presente concuerdo en indemnizar y tener inocuo, la liberación y descargar para siempre el Departamento del Alguacil del Condado de Essex, sus empleados, los agentes, los sucesores y asigna forma cualquier y toda clase de acciones, de los trajes, de los reclamos, de las demandas, de los daños, y de la obligación (inclusive reclamos de negligencia) en la ley y en equidad que puede surgir o puede resultar de la participación de mi niño en la Academia inclusive costos y honorarios razonables de abogado. Los términos en esto servirán como una liberación no sólo para yo mismo pero también para todos miembros de mi familia. Yo/nosotros asumimos el riesgo de cualquier y todas heridas que pueden ocurrir durante participación en el programa.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor complete y envíe forma a la dirección siguiente:
Training Department
Essex County Sheriff's Headquarters
20 Manning Ave. Middleton, MA 01949
Attn: Ashley Rousseau