AUTORIZACION Y DISPENSA DE RESPONSABILIDAD

PROGRAMA SAFE HAVEN – September 2026 - June 2027
(PROGRAMA PARA DESPUÉS DEL COLEGIO)

NOMBRE DEL PROGRAMA: SITIOS Y SERVICIOS DE REFUGIO SEGURO: PROGRAMA PARA DESPUÉS DEL COLEGIO 2026-2027

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA: PROGRAMA PARA DESPUÉS DEL COLEGIO 2026-2027

PERÍODO: 3:00PM -- 6:00PM (LUNES A VIERNES)

El firmante, padre o tutor legal de _____, ***[Nombre en imprenta del estudiante]*** estudiante de CPS que participa en los sitios de refugio seguro y servicios programa para _____ operado por _____ ("**Contratista**") entiende claramente y concuerda con los propósitos y actividades del proyecto mencionado ofrecido por este Contratista durante el período especificado más arriba (el "**Programa**"). Por la presente autorizo a mi hijo/a nombrado más arriba a participar en el Programa. Entiendo y reconozco que la Junta de Educación de la ciudad de Chicago (la "**Junta**") no opera o supervisa el Programa y no acepta ninguna responsabilidad por cualquier riesgo asociado con el programa o lesiones que puedan ocurrir como resultado de la participación de mi hijo en el Programa. Entiendo claramente y acepto cualquiera y todos los riesgos asociados con el Programa y libero a la Junta, a sus miembros, directivos, agentes, oficiales, contratistas, voluntarios y empleados de cualquiera y todos los reclamos, pérdidas, lesiones (incluyendo muerte), costos y gastos que puedan surgir (únicamente o en parte) por la participación de mi niño/a en el Programa, incluyendo pero no limitado a los que puedan ocurrir durante el transporte relacionado con el Programa.

Reconozco haber leído y entendido todas las provisiones de esta Autorización y Dispensa de Responsabilidad y acepto sujetarme a sus términos. Entiendo claramente que puedo revocar esta Autorización y Dispensa de Responsabilidad por escrito y que la revocación debe ocurrir antes de la fecha de comienzo del Programa.

_____

POR FAVOR ESCRIBA Y FIRME CON CLARIDAD

Nombre del estudiante: _____

Grado del estudiante: _____

Escuela del estudiante: _____

El Domicilio: _____

Tiene el estudiante alguna alergia? _____ ¿Si es así, Que son?_____

Da usted su consentimiento para que su hijo participe en alguna fotografía o videografía mientras esté en el programa? (Sí o No) _____

Firma del padre/tutor:_____**Fecha:**_____

Nombre del padre/tutor en letra de imprenta:_____

Número de teléfono:_____

Nombre de contacto de emergencia:_____

Número de emergencia:_____

Correo electrónico de los padres:_____