



**AUTORIZACION Y DISPENSA DE RESPONSABILIDAD**

**PROGRAMA SAFE HAVEN – Junio 2024**  
**- August 2024**

**(PROGRAMA PARA DESPUÉS DEL COLEGIO)**

**NOMBRE DEL PROGRAMA: SITIOS Y SERVICIOS DE REFUGIO SEGURO: PROGRAMA PARA DESPUÉS DEL COLEGIO 2023-2024**

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA: Programa de Verano Refugio Seguro - 2024

**PERÍODO: 10:00AM -- 2:00PM (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:** \_\_\_\_\_

