

## Página de Firma de los Padres/Tutores y Estudiante

El manual para padres/estudiantes está disponible en línea en:

<http://www.lowell.k12.ma.us>

Al firmar abajo, reconozco que he leído el manual de la escuela, y reconozco que mi niño/a es responsable de adherir a estas políticas y puede enfrentar consecuencias si falla en cumplir.

Nombre del Estudiante (Letra imprenta): \_\_\_\_\_

Nombre del/la Padre/Madre/Tutor/a: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Apartamento: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Número de teléfono para Emergencias: \_\_\_\_\_

Nombre del Contacto para Emergencias. \_\_\_\_\_

Relación: (es decir, abuelo, tío, amigo, etc.) \_\_\_\_\_

Indique si el contacto de emergencia puede recoger el estudiante: \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Dirección del Correo Electrónico del/la Padre/Madre: \_\_\_\_\_

Prefieres cartas y documentos enviada vía: \_\_\_\_ Correo Postal \_\_\_\_ Correo electrónico

No tengo acceso a la versión del manual en línea. Solicito una copia impresa.

Firma del/la Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para ser llenado sólo por la oficina y mantener copia en el archivo.

\_\_\_\_\_, Fecha impresa fue proveída a padre/madre/guardián.

## Permiso para la Divulgación de Información, Foto y Video del Estudiante

Estimado/a Padre/Madre/Tutor/a:

Durante el transcurso del año escolar, Las Escuelas Públicas de Lowell honran los varios logros de nuestros estudiantes. La información del estudiante que podemos divulgar podría incluir el nombre del estudiante, una descripción del logro actual y/o premio académico o atlético, el nivel de grado del estudiante, resultado de examen académico, fotografías y videos, trabajo del estudiante, etc. Esta no es una lista exhaustiva.

Adicionalmente, durante los eventos escolares imagines del estudiante pueden ser mostrados, fotografiado y grabado en video. Esta información del estudiante puede ser publicada, mostrada y/o duplicada y/o divulgada a los medios de comunicación (incluyendo pero no limitado al periódico, cable/televisión y la red social) para exposición pública y/o publicada/utilizada en el periódico de la escuela/distrito, en la página red de la escuela/distrito y/o en otros terceros.

De conformidad con la regulación 603 CMR 23.00 del Departamento de Educación de Massachusetts, estamos limitados en qué tipo de información podemos divulgar con respecto a los logros de su hijo/a, sin primero haber obtenido su consentimiento escrito.

Al firmar esta autorización y al marcar el "Cuadro Sí" a continuación, usted el padre/madre/guardián legal y/o el estudiante (si el estudiante es su mismo guardián legal o esta emancipado) reconoce que usted y/o el estudiante tienen el derecho legal de firmar este permiso. Usted y/o el estudiante también reconocen que tienen el derecho legal de dar a las Escuelas Públicas de Lowell y/o sus empleados y/o agentes autorización para divulgar la información del estudiante. Además, al firmar abajo usted y/o el estudiante reconocen que conscientemente y voluntariamente ha aceptado permitir que las Escuelas Públicas de Lowell y/o sus empleados y/o agentes divulguen la información del estudiante.

Al firmar esta autorización y al marcar el "Cuadro Sí" abajo, usted y/o el estudiante también acepta liberar y descarga a las Escuelas Públicas de Lowell y/o sus empleados y/o agentes y a la Ciudad de Lowell de cualquier y toda responsabilidad o reclamaciones de responsabilidad o reclamaciones de daños de cualquier tipo, tanto en derecho y equidad que pueda derivarse de la divulgación de la información del estudiante y/o su mal uso ya sea intencionadamente o de otra manera parte de cualquier tercero o persona o personas. Específicamente, en cuanto a fotos y videos que usted y/o el estudiante también libera y descarga las escuelas públicas de Lowell y/o sus empleados y/o agentes y la Ciudad de Lowell de cualquier responsabilidad que pudiera surgir en virtud de la distorsión, desenfoque, alteración, ilusión óptica o utilizar en forma de compuesto, ya sea intencional u otra manera; y que usted y/o el estudiante entienda que usted y/o el estudiante renuncia todo derecho a alguna remuneración por el uso y/o usos posteriores de una fotografía o vídeo; y comprenden que imágenes en internet pueden ser vistos y descargados por otros.

- Sí, doy permiso a las Escuelas Públicas de Lowell para divulgar la información del estudiante, incluyendo pero no limitado al trabajo académico y/o logros a los medios de comunicación locales y periódico y sitios Web escolares.
- No, no doy permiso a las Escuelas Públicas de Lowell para divulgar la información del estudiante relacionado con el trabajo y/o logros a los medios de comunicación local y periódico y sitios Web escolares.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Por favor en letra imprenta

Grado: \_\_\_\_\_ Salón principal: \_\_\_\_\_

Firma del/la Padre/Madre/Tutor/a: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Formulario de Emergencia Médica

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_ Salón de Hogar: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Padre/Madre/Guardián \_\_\_\_\_ #teléfono de la casa \_\_\_\_\_

# Del trabajo (madre) \_\_\_\_\_ # del celular (madre) \_\_\_\_\_

# del trabajo (padre) \_\_\_\_\_ # del trabajo (madre) \_\_\_\_\_

Médico del estudiante \_\_\_\_\_ # de teléfono \_\_\_\_\_

**Alistar 3 adultos locales (con excepción del padre/guardián) que asumirá cuidado inmediato de su niño/a o tomara a su niño/a de la escuela en caso de enfermedad o emergencia.**

Nombre: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Circular todas las condiciones de salud actual o activa que se aplican a su niño/a:

ADD ADHD Ansiedad Asma Autismo/PDD Parálisis cerebral Depresión Diabetes Condición del corazón

Intolerancia de la lactosa Migrañas Otros (especifique)

\_\_\_\_\_

Problemas de visión (especifique) Lentes de cristal \_\_\_\_\_ Contactos \_\_\_\_\_ Asiento preferencial \_\_\_\_\_

Problemas de audífono (especifique) Izquierdo \_\_\_\_\_ Derecho \_\_\_\_\_ Audífonos \_\_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_\_ Derecho \_\_\_\_\_  
Asiento preferencial \_\_\_\_\_

Alergias (favor de listar todas)

\_\_\_\_\_

¿Tiene su niño/a una receta de Adrenalina (EpiPen) para el tratamiento de la alergia alistada arriba? Si No

Alistar medicamento y dosis que toma su niño/s regularmente o según necesite:

\_\_\_\_\_

¿Tiene su niño/a seguro médico? Sí No ¿MassHealth? Sí No

Yo le doy permiso a la enfermera de la escuela que comparta información relevante a la condición de salud de mi niño/a con el personal apropiado cuando necesite para cumplir con las necesidades de la salud de mi niño/a. Si No

¿En caso de emergencia su niño/a será transportado al hospital en ambulancia.

Doy autorización para que la enfermera de la escuela contacte el Dr. de mi niño/a si es necesario.

Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_