



**Por favor ayudenos entender mas sobre los juveniles a quien servimos. ¡Gracias!**

1. Fondo racial del estudiante (escoje uno):

Afro-Americano      Hispano      Asiatico      Blanco      Otro

2. la cantidad de personas que viven en tu casa (escoje uno):

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10+

3. Cual es el nivel de ingresos anuales mas cercano al de su hogar? (escoje uno)

\$10,000    \$20,000    \$30,000    \$40,000    \$50,000    \$60,000

4. Es el estudiante elegible para los programas Federales de Desayuno y Almuerzo? (escoje uno)

Si    No

5. Como oistes acerca de CityArts? \_\_\_\_\_

6. Le gustaria a usted ser voluntario de CityArts? Si le gustaria, cuales actividades:

Programa despues de clases	Transportacion
Programa de verano	Haciendo ilmdadas
Paseos or salidas de campo	Envio de cartas

## Programas Juveniles Autorizacion y Exoneracion

Yo, \_\_\_\_\_, soy el padre / la madre / tutor legal de \_\_\_\_\_ y estoy autorizado/a a firmar esta autorizacion.

En consideracion de Providence ;CityArts! for Youth, Inc. (CityArts) exonero a CityArts y/o cualquier persona o entidad que actue a traves, a favor de, o en cooperacion con CityArts. De cualquier y todos los reclamos de responsabilidad legal (incluyendo pero no limitandose a reclamos de negligencia, intencional o de otra indole) derivadas, ahore y en el futuro, a o en favor de mi hijo/a, a su tutor/a legal, por razon de una accion a inaccion de parte de CityArts. Yo aquella de cualquier persona o entidad que actue a traves, en favor o, en cooperacion con CityArts. O cualquier otro/a nino/a matriculado en programas de CityArts. Durante al tiempo que el/la nino/a asista o sea transportado desde o hacia programas de CityArts y otras funciones relacionadas.

Tambien estoy de acuerdo en que, al firmar esta autorizacion y exoneracion, doy permiso a mi hijo/a que asista a salidas de campo patrocomadas por CityArts y a que participe en todos los programas y actividades fuera de las dependencias de CityArts. Tambien estoy de acuerdo en que en caso de emergencia medica concerniente a mi hijo/a, autorizo a CityArts a transportarlo/a a un hospital o a otro lugar donde se provea tratamiento medico.

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Padre / Madre / Tutor/a \_\_\_\_\_



## ¡CityArts! Formulario de Autorización y Permiso para el uso de Fotografías y Arte

Como padre o guardian de \_\_\_\_\_  
(nombre de su hijo), por la presente doy permiso a Providence ¡CityArts! for Youth, Inc. (CityArts) o asigno (fotografo) el permiso irrestricto y el derecho irrevocable con respecto a las imagine fotograficas de mi hijo/a en CityArts, o en la cual mi hijo/a sea incluido/a junto a otros, para el uso y/o la publicacion individual o en conjuncion con cualquier otro material impreso, en uno o cualquier otro medio de informacion, y por cualquier proposito legal que sea, incluyendo, pero no limitado, a la ilustracion, promocion, exhibicion, publicacion, publicidad y comercio. Mas aun, considero al fotografo como el propietario, unico y exclusive, de cualquiera de fotografias.

Yo, el abajo firmante doy la autorización para cualquiera y todas las obras de arte que mi hijo crea durante el programa de ¡CityArts! a utilizar en publicados en relación con cualquier material impreso, en cualesquiera y todos los medios de comunicación, y para cualquier propósito legal, incluyendo pero no limitado a la ilustración, la promoción, exhibición, publicación, publicidad y comercio de ¡CityArts!. Todas las obras de arte de mi hijo que se deja atrás, sin recojer por en final del término de clases se convierte en propiedad exclusiva de Providence ¡CityArts!.

Certifico que tengo el derecho para autorizar estos usos, y por la presente acuerdo a eximir de responsabilidad a CityArts de cualquiera y cada de las obligaciones a perpetuidad.

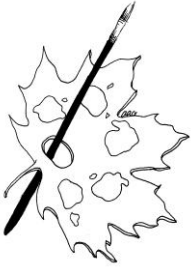
\_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardian

\_\_\_\_\_  
Direccion

\_\_\_\_\_  
Telefono

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Formulario Medico



Nombre de Estudiante:

\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Tutor Legal:

\_\_\_\_\_

Telefono Celular: \_\_\_\_\_

Telefono de Casa: \_\_\_\_\_

Telefono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre De Pediatra: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Porfavor describe cualquier condición médica o discapacidad física.

Tiene el estudiante cualquieras ALLERGIAS CONOCIDAS?

El estudiante tiene que llevar algun tipo de inhalador o EPI-PEN?

Si \_\_\_ No \_\_\_

En caso afirmativo, de qué tipo?

Haga los arreglos necesarios para que su hijo tome sus remedios antes o después de las horas del programa

Si su hijo necesita llevar un Epi-Pen o un inhalador, por favor, escribe el nombre de tu hijo claramente