



Consentimiento De Los Padres

Por favor, llene todos los campos enumerados a continuación y volver a YOUTH STREET SAN JOSE

Información personal del joven

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Número de Teléfono Móvil: _____ Email: _____

Información Personal del padre/tutor

Nombre: _____ Apellido: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Teléfono Móvil: _____

Teléfono del trabajo: _____ Email: _____

Datos de Contrato de Emergencia Adicionales (no mencionado anteriormente)

Nombre de contacto de emergencia: _____ Relación con el joven: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Número de Teléfono Móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____

Detalles Médicos Del Joven

Alergias: _____

El joven sufre de los siguientes? (En caso afirmativo, sírvase proporcionar detalles)

Asma: Sí / No _____

Epilepsia: Sí / No _____

Ansiedad/Problemas Mentales: Sí / No _____

Problemas Respiratorios: Sí / No _____

Problemas del corazón: Sí / No _____

Diabetes Azúcar: Sí / No _____

Necesidades dietéticas: _____

Por favor escriba todos los medicamentos que está tomando: _____

Motivo de la medicación: _____

Por favor escriba cualquier otra condición médica que deberíamos tener en cuenta: _____

Consentimiento de los Medios de Comunicación

Yo, _____ autorizo a YWAM Ember Ink, una extensión de YWAM San Francisco a usar las fotografías y videos de mi hijo/hija _____ quien atiende a Youth Street San Jose, iniciativa de YWAM Ember Ink, para la futura página web y propaganda unicamente .

PERMISO DE LOS PADRES

Por la presente autorizo a mi hijo/a _____ a asistir a Youth Street San Jose, una iniciativa de YWAM Ember Ink. Entiendo que cuando mi hijo/a sale de Youth Street, que ya sea yo o un tutor legal, asume la responsabilidad de la firma hacia fuera. Entiendo que **todos los voluntarios han sido informados sobre el trabajo con los menores del Código de Conducta y Política de Protección de la Infancia. Liberación de Responsabilidad** - Yo libero a YWAM Ember Ink, una extensión de YWAM San Francisco, sus agentes, empleados y voluntarios de toda responsabilidad, y no limitarse a la responsabilidad por negligencia y, o incumplimiento de contrato, etc que surjan de lesiones, enfermedades, daño o pérdida que pueda ser sostenido por dicha persona durante el transcurso de la participación con YWAM. **Consentimiento para Tratamiento** - Por la presente autorizo YWAM para obtener atención médica para mi hijo/a en caso de enfermedad o lesión. Entiendo que soy responsable por los costos de tales gastos médicos que sean necesarios. Asimismo, autorizo a la realización de dicho tratamiento, anestésicos, y las operaciones que en la opinión del médico se considere necesario. **Este formulario de consentimiento vence UN AÑO a partir de la fecha firmada por el padre / guardian.**

FIRMA X _____ FECHA: _____