

SOLICITUD PARA PARTICIPAR CON "A KID AGAIN"

Nombre del niño con enfermedad potencialmente mortal _____

(marque el sexo con un círculo) masculino / femenino

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

Condado _____

Número de Teléfono _____ Número alternativo _____

Dirección del correo electrónico _____

Nombre del padre/tutor _____ relación: _____

Nombre de madre/tutor _____ relación: _____

¿Necesita su hijo una enfermera/cuidador? SÍ _____ NO _____

Nombres y fechas de los nacimientos de todos los hermanos menores de 20 años:

(marque el sexo con un círculo)

masculino / femenino _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento

(marque el sexo con un círculo)

masculino / femenino _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento

(marque el sexo con un círculo)

masculino / femenino _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento

(marque el sexo con un círculo)

masculino / femenino _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento

Indique cualquier limitación o restricción del niño:

TENGA EN CUENTA: Tenemos que recibir una copia de los documentos legales si usted tiene la patria potestad del hijo/hijos de otra persona o si usted es un padre de crianza antes de su participación con "A Kid Again"

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN MÉDICA

Yo/Nosotros, por la presente autorizo (amos) a _____, M.D. y/o

_____ (departamento) para liberar información médica y otra

información pertinente de los archivos de _____

(Nombre del paciente)

cuya dirección es _____

(Calle)

(Ciudad)

_____ (Estado)

_____ (Código Postal)

_____ (Número de Teléfono)

a "A Kid Again." Este consentimiento puede ser revocado, por escrito, en cualquier momento.

Firma del padre/tutor

Fecha

Firma de la madre/tutor

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Si el niño con la enfermedad potencialmente mortal tiene 18 o 19 años de edad, él/ella tendría que firmar este documento

Firma del joven

Fecha

Firma del testigo

Fecha

AUTORIZACIÓN MÉDICA

Niño/Adolescente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____

Edad: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad

_____ Estado Código Postal Número de Teléfono

Esta sección es para el médico:

Diagnóstico: _____

Pronóstico: _____

Limitaciones físicas o de salud: _____

El niño mencionado tiene ____ / No tiene _____ un problema médico que se puede considerar potencialmente mortal.

Según mi leal saber y entender, el niño mencionado puede participar con “A Kid Again.”

_____ Firma del médico Fecha

Nombre del médico y dirección: _____

Número del teléfono: _____ Fax: _____

Dirección de correos electrónicos: _____

**INTERESES PERSONALES y
AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN
COMUNICADOS CON LA PRENSA**

Nombre del niño _____

¿ Cuáles son algunos de los pasatiempos, lugares adonde le gusta ir, intereses del niño?

¿Se ha concedido un deseo a este niño por una organización que concede deseos? _____

Si es afirmativo, ¿Cuál es el nombre de la organización? _____

Si no, ¿le gustaría que contactáramos uno para usted? _____

Durante nuestra campaña anual de recaudación de fondos, las corporaciones a que nos dirigimos se nos pide rutinariamente si algunos de nuestros padres trabajan para esa corporación. Las corporaciones son más probables de apoyar una causa si ellos saben que va a beneficiar a sus empleados. Con eso en mente, ¿Podría por favor rellenar la información a continuación? Esta pregunta es opcional.

Nombre de Padre _____

Nombre de Madre _____

Empleador de Padre _____

Empleador de Madre _____

Dirección de correos electrónicos

Dirección de correos electrónicos

LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN:

La mayoría de nuestros eventos o actividades serán cubiertos por los medios de comunicación. Hay una posibilidad de que su familia podría ser incluida en la cobertura. Esta cobertura puede ser por vía de televisión, radio, periódicos, u otras maneras.

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nombre del niño quien está participando _____

Con mi/nuestra firma se establece a continuación, y en consideración de “A Kid Again,” tomando a mí mismo, mi esposo/a, mis hijos y cualquiera o toda de mi familia en alguna de las salidas de “A Kid Again”, yo libero a “A Kid Again” y a todos de sus agentes, oficiales, los servidores, directores, empleadores, donantes, voluntarios, y/o participantes de cualquier responsabilidad, absolutamente, en conexión con la preparación, ejecución y cumplimiento de todas y cada una de las salidas en nombre del niño mencionado. La amplitud de esta autorización incluirá, pero no se limita a transportación, comida, alojamiento, problemas médicos (físico y emocional), entretenimiento, fotografías y daño físico de cualquier tipo.

1) Yo/nosotros _____, padres/tutores de _____

_____ (Nombre del Niño) y los hermanos _____

Con mi/nuestra firma se establece a continuación, yo/nosotros, además, autorizo a “A Kid Again,” o sus agentes, directores, oficiales, sirvientes, o empleados para sacar fotos, filmar, y/o grabar electrónicamente entrevistas conmigo/ con nosotros, según su elección. Yo además autorizo a “A Kid Again” para distribuir estas grabaciones/fotos, ahora o en cualquier momento en el futuro a alguien, incluyendo el público general, revistas, emisoras de la radio, emisoras de la televisión, o periódicos o relaciones públicas, y/o noticias o presentaciones públicas.

Con mi/nuestra firma(s) se establece a continuación, que doy/damos permiso para que yo/nosotros y/o nuestros hijos puedan participar en las salidas de “A Kid Again.” **Por la presente declaro que yo/nosotros he(mos) leído la autorización anterior y he(mos) ejecutado (consentido) libremente y voluntariamente.**

Firma de padre/tutor

Fecha

Firma de madre/tutor

Fecha