**AUTORIZACION Y DISPENSA DE RESPONSABILIDAD**

**PROGRAMA SAFE HAVEN comienzo temprano –**  16 De Junio 2025- 8 De Agosto 2025

**(PROGRAMA de verano)**

**NOMBRE DEL PROGRAMA: Safe Haven: PROGRAMA de verano comienzo temprano**

**DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA: PROGRAMA de verano Safe Haven 2025**

**PERÍODO: 10:00 am -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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**