

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

144 Howe St. Lewiston, ME 04240 207-513-6866



INFORMAÇÃO DO ESTUDANTE

Nome completo

Escola

Data de nascimento

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| M | M | D | D | A | A |

Género

| | | |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Homem | Mulher | Outro especificar por favor |

Nível Escolar

Raça/Etnia Marcar todas as opções aplicáveis

- Negro/africano/afroamericano Índio americano/nativo Médio Oriente/Norte de África Asiático-americano/Ilhas do Pacífico Hispanico/Latino Branco Outro

Nome completo

Escola

Data de nascimento

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| M | M | D | D | A | A |

Género

| | | |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Homem | Mulher | Outro especificar por favor |

Nível Escolar

Raça/Etnia Marcar todas as opções aplicáveis

- Negro/africano/afroamericano Índio americano/nativo Médio Oriente/Norte de África Asiático-americano/Ilhas do Pacífico Hispanico/Latino Branco Outro

Nome completo

Escola

Data de nascimento

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| M | M | D | D | A | A |

Género

| | | |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Homem | Mulher | Outro especificar por favor |

Nível Escolar

Raça/Etnia Marcar todas as opções aplicáveis

- Negro/africano/afroamericano Índio americano/nativo Médio Oriente/Norte de África Asiático-americano/Ilhas do Pacífico Hispanico/Latino Branco Outro

INFORMAÇÃO SOBRE A FAMÍLIA

Pai/Tutor

Relação com o aluno

Endereço

Cidade

de telefone

Contacto alternativo
WhatsApp, Facebook, etc.

Língua(s)

Língua preferida

Contacto de emergência

Relação com o aluno

Endereço

Cidade

de telefone

Contacto alternativo
WhatsApp, Facebook, etc.

INFORMAÇÃO MÉDICA

Medicamentos

Condições médicas

Alergias

Asma

Outras condições
médicas

O seu filho recebe
serviços?

Por favor, especificar os serviços de que beneficia.

Certifique-se de que o seu filho traz consigo todos os medicamentos necessários (inalador, epinefrina, receita médica).

Por favor, preencha o verso deste formulário.

Acordo de Participação, Autorização e Reconhecimento de Riscos e Autorização para Fotografias

Em consideração aos serviços da Tree Street Youth, Inc. ("Tree Street"), concordo, em meu nome e em nome do(s) meu(s) filho(s), com o seguinte:

- Reconheço que a participação na programação da Tree Street implica riscos conhecidos e imprevistos, que incluem lesões físicas, incluindo paralisia, morte ou danos para mim ou para os meus filhos, para as crianças pelas quais sou responsável e danos à minha propriedade ou à de terceiros. Compreendo que tais riscos são inerentes à atividade e não podem ser eliminados sem pôr em causa as qualidades essenciais do programa. Li a lista de riscos associados a este programa.
- Reconheço que a equipa e os voluntários da Tree Street não podem prestar atenção contínua a todos os participantes e não podem ser responsáveis pela sua segurança em todos os momentos.
- Concordo em libertar e isentar a Tree Street de todas e quaisquer reivindicações ou responsabilidades relacionadas ou ligadas à minha participação ou à participação do meu filho em qualquer programa da Tree Street, bem como de todas e quaisquer reivindicações ou responsabilidades decorrentes ou ligadas à nossa presença nas instalações da Tree Street ou em qualquer propriedade de terceiros onde as actividades da Tree Street são realizadas.
- Certifico que não tenho nenhuma condição ou restrição médica que me impeça de participar com segurança nos programas da Tree Street. Também certifico que meus filhos e as crianças pelas quais sou responsável não têm nenhuma condição ou restrição médica que os impeça de participar com segurança de qualquer programa da Tree Street.
- Autorizo o transporte em veículo motorizado pelo pessoal da Tree Street.
- Dou o meu consentimento e o consentimento em nome do meu filho para ser fotografado/filmado/gravado enquanto participa nos programas da Tree Street e para utilizar essa fotografia/filmagem/gravação para qualquer fim, incluindo formação, publicidade, solicitação de donativos de caridade e outras comunicações.
- Autorizo a Tree Street a recolher dados dos alunos para efeitos de avaliação do programa e comunicação dos resultados aos financiadores e ao Conselho de Administração da Tree Street.
- Compreendo que esta autorização se aplica a mim e aos meus filhos, bem como a cada um dos nossos herdeiros, seguradores, sucessores e cessionários.

Reconhecimento: Autorizo a participação neste programa do(s) meu(s) filho(s) e de quaisquer crianças ao meu cuidado

Consentimento para tratamento médico

Autorizo a equipa da Tree Street a providenciar transporte e tratamento médico em caso de acidente ou doença. Caso os funcionários da Tree Street não consigam contactar-me, autorizo os funcionários da Tree Street a providenciar transporte e tratamento médico e a consentir o tratamento por um médico licenciado ou por um prestador de serviços médicos, incluindo a administração de qualquer medicação ou outro tratamento que um prestador de serviços médicos considere razoavelmente necessário para a saúde ou o bem-estar do meu filho. Assumo a responsabilidade financeira pelo custo de tal transporte e tratamento.

Data de hoje

■ ■ ■ ■ ■ ■
M M D D A A

Assinatura do pai/tutor

Autorização de deslocação/levantamento

Por favor, selecione uma opção

SIM, O MEU FILHO PODE IR PARA CASA SOZINHO. Autorizo os meus filhos a irem e virem a pé do centro e a irem e virem durante o horário do programa. Reconheço que todos os jovens da Tree Street podem ir e vir do centro durante o horário do programa, exceto se especificado de outra forma, rubricando e indicando os nomes das pessoas que os podem ir buscar abaixo.

NÃO, O MEU FILHO NÃO PODE ANDAR SOZINHO, UM ADULTO VAI BUSCÁ-LO. Solicito que o(s) meu(s) filho(s) não seja(m) autorizado(s) a entrar e sair do centro e que só possa(m) ser recolhido(s) por:

1. _____
2. _____
3. _____

