



Debe ser llenado por un padre de familia o guardian.

**EOSA Challenge Weekend
Permiso, Normas y Autorización para uso de medicamentos**

Abril 27-29, 2012

_____ Elementary SMILE Club

Estimado Padre de Familia o Encargado,

Su hijo(a) participará en el “EOSA Challenge Weekend”. Por favor lea la información en esta página, luego firmela, corte y envíela a la maestra de SMILE antes del día _____.

Si, Yo doy permiso a _____ para que participe en el *SMILE Elementary Outdoor Science Adventure Weekend* en el campus de Alton Jones de la University of Rhode Island localizado en West Greenwich, RI los días **27-29 de Abril, 2012**

Firma del padre o guardián

Fecha

El Domingo 29 de Abril los estudiantes presentarán sus proyectos finales a las _____ en el Environmental Education Center en Alton Jones. Los padres están cordialmente invitados.

-□-----□-----Corte y guarde-----□-----□-----
Elementary Outdoor Science Adventure en Alton Jones Campus, URI.

Salida:

Saldremos de _____ Elementary School el Viernes, 27 de Abril,

2012 a las _____.

Regresaremos:

Los estudiantes serán recogidos en _____ Elementary School por un padre de familia o guardian el Domingo 29 de Abril 2012 aproximadamente a las _____.

El Viernes 29 en la mañana los estudiantes deberán traer a la escuela su “sleeping bag” o cobijas y una mochila o maletín con ropa y algunos artículos de tocador.

Atentamente, Maestros de SMILE

Normas

I. APARATOS ELECTRONICOS

- Teléfonos celulares
 - Si trae un teléfono celular a el EOSA, durante las actividades no podrá usarlo para mandar mensajes de texto o hacer llamadas, sólo con permiso de su maestra de SMILE. Si usa el teléfono celular sin permiso, éste será guardado y devuelto al final del evento.

- OTROs APARATOS ELECTRONICOS
 - Si trae un IPod, MP3 player, o algo similar a EOSA Challenge Weekend, éste podrá ser usado sólo en las areas designadas por el personal y las maestras de SMILE.

***The SMILE Program no se hace responsable de pérdidas o daños a los electrónicos.*

Nombre Estudiante (IMPRESA): _____

Firma Estudiante: _____ Fecha: _____

Nombre Padre (IMPRESA): _____

Firma Padre: _____ Fecha: _____

III. COMIDAS

A la hora de las comidas los estudiantes deben sentarse junto con los mentores de URI.

Firma estudiante: _____ Date: _____

Firma Padre: _____ Date: _____

IV: Información Contacto de Emergencia

Nombre y teléfono de la persona que se encargará de recoger al estudiante en caso de emergencia o que necesite ser enviado a la casa:

Nombre: _____ Relación o Parentezco: _____

Teléfono: _____

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

Firma del Padre : _____ Fecha: _____

The SMILE Program
Autorización para uso de medicamentos

Elementary Outdoor Science Adventure (EOSA)
Abril 27-29, 2012

Aquellos estudiantes que necesitan utilizar medicamentos durante EOSA deben presentar una autorización firmada. Todos los medicamentos con y sin receta médica necesitan un permiso firmado de los padres de familia. Los medicamentos con receta médica deben venir en sus envases con las etiquetas originales. Los medicamentos sin receta médica también deben guardarse en el envase original de la compañía farmacéutica con su etiqueta.

Bajo ningún motivo un estudiante puede tener en su posesión medicamentos. (Ver: excepciones Re: inhaladores y EpiPens®). Todos los medicamentos serán administrados por la enfermera. Esto no incluye los inhaladores, los cuales pueden ser administrados por el propio estudiante siempre y cuando hayan sido recetados por un médico. Los EpiPens® pueden ser administrados por el propio estudiante o por personal entrenado. En el caso de que no haya personal entrenado presente, cualquier persona voluntaria puede administrar el EpiPen® al estudiante que ha sido debidamente identificado.

NINGUN MEDICAMENTO SERA ADMINISTRADO SIN EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO

COMPLETAR POR UNO DE LOS PADRES O GUARDIANES LEGALES.

Distrito Escolar _____ Grado _____

Nombre Estudiante _____ Sexo _____ Fecha nacimiento _____

Nombre y dirección de Médico: _____ Teléfono Médico: _____

Yo solicito que la enfermera de EOSA le proporcione ayuda a mi hijo(a) para tomar sus medicamentos. Los medicamentos serán enviados el día del evento. De no cumplirse con este procedimiento, al estudiante no se le permitirá medicarse el/ella solo.

Nombre del Medicamento _____

Dosis/Horario _____

Razón por la que toma el medicamento _____

Por cuánto tiempo debe tomar el medicamento? _____

Alergias _____

Other information _____

Firma Padre/Guardian

Fecha

Teléfono casa

Teléfono Emergencia

