



Permission Slip for Youth Participation, Travel, and Volunteering

I give permission for my child to attend and participate in All Children Thrive-California (ACT)-_____ [insert name of project] _____ activities, trainings located at [insert address], this training is sponsored by ACT and _____ [insert name of CBO lead] _____ in the city of _____.

I agree that All Children Thrive-California (ACT)-_____ [insert name of project] _____ is not responsible for any bodily injury, illness or disease, or loss or damage from any cause concerning this program, even in the event of negligence by the project, its members, volunteers, facilitators and/or employees. I release and agree to hold harmless All Children Thrive-California (ACT)-_____ [insert name of project] _____, its members, volunteers, facilitators, and employees from any liability in connection with the activities of this program.

Adult Ally Name/Point of Contact: _____ Telephone # _____

Parents/Guardians must arrange for transportation to and from meetings.
(Please copy and retain the above)

NO YOUTH MAY PARTICIPATE UNLESS THE PARENT/GUARDIAN HAS SIGNED THIS PERMISSION SLIP AND SUBMITTED TO PHADVOCATES

PERMISSION SLIP

(Return to Staff Lead and turn in on the ACT-CA.org website)

_____ has my permission to participate/ attend / volunteer (circle one)
(First and Last Name)

_____ on _____
(List Event, Training, or Volunteer Duties) (List Date(s))

EMERGENCY INFORMATION

In the event of an accident or emergency, when a parent/guardian is unavailable, I hereby authorize a representative of Public Health Advocates to make such arrangements as he/she considers necessary for my child to receive medical/hospital care, including necessary transportation. Under such circumstances, I further authorize the physician named below to undertake such care and treatment of my child as he/she considers necessary. In the event said physician is not available at any time, I authorize such care and treatment to be performed by any licensed physician or surgeon. **THE UNDERSIGNED PARENT/GUARDIAN FULLY UNDERSTANDS HE/SHE IS RESPONSIBLE FOR PAYING ALL COSTS INCURRED AS A RESULT OF THE FOREGOING.**

Physician's Name: _____ Phone # _____

Medical Insurance Name (Kaiser, etc.): _____ Policy Number _____

List any important medical/allergy information including any limitation to or medical treatment currently rendered to your child: _____

My signature below authorizes my child to participate in the above-mentioned event:

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Please Print Parent/Guardian Name: _____

Home/Cell Phone Number: _____ Emergency Phone Number: _____

(COPY OF FORM TO BE CARRIED BY CHAPERONE AT EVENT)

Autorización para la Participación, Viaje y Voluntariado de Jóvenes

Doy permiso para que mi hijo/a asista y participe en las actividades de All Children Thrive-California (ACT) – _____ [insertar nombre del proyecto] _____ ubicadas en [insertar dirección]. Esta formación está patrocinada por ACT y _____ [insertar nombre del líder de la CBO] _____ en la ciudad de _____.

Acepto que All Children Thrive-California (ACT) – _____ [insertar nombre del proyecto] _____ no es responsable de ninguna lesión corporal, enfermedad o daño, o pérdida o daño por cualquier causa relacionada con este programa, incluso en caso de negligencia por parte del proyecto, sus miembros, voluntarios, facilitadores y/o empleados. Libero y acepto eximir de responsabilidad a All Children Thrive-California (ACT) – _____ [insertar nombre del proyecto] _____, sus miembros, voluntarios, facilitadores y empleados de cualquier responsabilidad en relación con las actividades de este programa.

Nombre del Aliado Adulto/Punto de Contacto: _____

Teléfono # _____

Los padres/tutores deben organizar el transporte hacia y desde las reuniones.
(Por favor, copie y conserve lo anterior)

(DEVUELVA AL LÍDER DEL PERSONAL Y ENTREGUE EN EL SITIO WEB ACT-CA.ORG)

FORMULARIO DE PERMISO (Desprenda y devuélvalo al Líder de Personal y copie al Director de Administración de PHAdvocates)

_____ tiene mi permiso para participar/asistir/ser voluntario (circule uno) (Primer y Apellido)

en _____ el _____. (Listar Evento o Tareas de Voluntariado) (Listar Fecha(s))

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

En caso de accidente o emergencia, cuando un padre/tutor no esté disponible, por la presente autorizo a un representante de Public Health Advocates a hacer los arreglos que considere necesarios para que mi hijo reciba atención médica/hospitalaria, incluyendo el transporte necesario. Bajo tales circunstancias, autorizo además al médico nombrado a continuación a llevar a cabo la atención y el tratamiento de mi hijo que considere necesarios. En caso de que dicho médico no esté disponible en cualquier momento, autorizo que dicho cuidado y tratamiento sea realizado por cualquier médico o cirujano con licencia. **EL PADRE/TUTOR QUE FIRMA ENTIENDE PLENAMENTE QUE ES RESPONSABLE DE PAGAR TODOS LOS COSTOS INCURRIDOS COMO RESULTADO DE LO ANTERIOR.**

Nombre del Médico: _____ Teléfono # _____

Nombre del Seguro Médico (Kaiser, etc.): _____ Número de Póliza: _____

Lista cualquier información médica/alergia importante, incluyendo cualquier limitación o tratamiento médico actualmente proporcionado a su hijo: _____

Mi firma a continuación autoriza a mi hijo a participar en el evento mencionado anteriormente:

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/Tutor (en letra de imprenta): _____

Número de Teléfono de Casa/Celular: _____ Número de Teléfono de Emergencia: _____