

Semana 1
(5/16/16 – 5/20/16)

HACKENSACK MIDDLE SCHOOL
“6th Grade Camp”

Entregue todas formas a la oficina del lado 7/8

FORMA DE PERMISO Y PREGUNTAS MÉDICAS

ES OBLIGATORIO COMPLETAR ESTA FORMA PARA SU NIÑO(A) PODER ASISTIR EL VIAJE DE CAMPAMENTO

FAVOR ESCRIBIR EN LETRAS DE MOLDE

Nombre de niño/niña:	Numero de teléfono de casa:
Nombre de madre:	Numero de trabajo de madre: Numero de celular de madre:
Nombre de padre:	Numero de trabajo de padre: Numero de celular de padre:
¿Si no contesta la madre ni el padre, a quien contactamos en una emergencia? Nombre: _____ Teléfono: _____	

¿Su niño(a) tiene alguna alergia a alguna comida? (Si la respuesta es “si” explique en la sección de comentarios mas abajo-escriba la lista de las comidas a cuales le tiene reacción alérgica)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Su niño(a) tiene alguna alergia a cualquier otra cosa? (Si la respuesta es “si” explique en la sección de comentarios-incluya cualquier reacción alérgica a medicinas/drogas)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿En cualquier momento ha tenido su niño(a) asma?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Camina su niño(a) mientras esta dormido(a)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Se orina su niño(a) mientras esta dormido(a)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene su niño(a) alguna condición médica? (Si la respuesta es “si,” explique mas abajo)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Su niño(a) necesita tomar medicina? (Si la respuesta es “si” explique en la sección de comentarios mas abajo) NOTA: Si hay posibilidad de que su niño(a) vaya a necesitar medicina para una condición que tiene ahora o halla tenido en el pasado, por favor de nos la medicina y una <u>nota escrita por su medico(a)</u>. ¡Ninguna medicina (fuera de “Tylenol”) se le dará a su niño(a) durante el campamento sin autorización escrita por medico(a) aunque sea medicina que no necesita receta (“over-the counter”)! (Se puede usar la forma medica que se encuentra en este paquete o una nota de su medico.) ¡Niños no deben asistir al viaje de campamento sin la medicina que posiblemente vayan a necesitar! ¡Estén informados que las condiciones que causan reacciones alérgicas pueden estar peores porque estaremos mucho tiempo al aire libre!!	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Si es necesario, da permiso que la enfermera le de “Tylenol” as u niño(a)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Sección de Comentarios de Padres/Guardianes: (Use este espacio para explicar la(s) situación(es) medicas de su niño(a))

Nombre de medico: _____ Numero de teléfono: _____

**** Por favor, tenga en cuenta que en caso de una emergencia médica , los padres / tutores serán notificados inmediatamente. Junta Directiva de Educación de Hackensack prohíbe a los miembros del personal de transporte de los estudiantes ; Por lo tanto, los padres / tutores son responsables para recoger a su hijo desde el Campo Mason o el hospital tan pronto como sea posible . Si el estudiante requiere una necesidad médica inmediata , el hospital más cercano es Memorial Hospital Newton , Newton , Nueva Jersey .

**** Por favor, tenga en cuenta en caso de un problema de conducta , los padres / tutores serán notificados inmediatamente y les pidió que recoger al estudiante desde el campo tan pronto como sea posible . Si el estudiante no se retira dentro de un período razonable de tiempo , el director del campamento le pedirá entonces al director que tienen los oficiales de recursos estudiante del departamento de policia de Hackensack quitar a su hijo desde el campamento y regresó a casa .

* Al firmar abajo usted reconoce y acepta los términos de esta política

Permiso para tomar Foto y Video: Durante el campamento, la escuela toma fotos y video para documentar la experiencia.
¿Da usted permiso para tomar fotos y video de su niño(a) y que esas imagines sean usadas por la escuela para el proposito de relaciones publicas (periódico, pagina escolar del Internet, etc.) Si No

Su firma en este documento indica que usted esta totalmente informado(a) de las reglas y pólizas y que usted autoriza que su niño(a) asita el “6th Grade Camp” con Hackensack Middle School.

Firma de Padre/ Guardián

Fecha

Week 1
(5/16/16 – 5/20/16)

HACKENSACK MIDDLE SCHOOL
"6th Grade Camp"

Return all forms to
the 7/8 main office

PERMISSION SLIP & MEDICAL QUESTIONNAIRE

THIS SHEET MUST BE FILLED IN COMPLETELY FOR EVERY STUDENT ATTENDING CAMP

PLEASE PRINT

Child's Name:	Home Phone #:
Name of Mother:	Mom's Work Phone #: Cell Phone #:
Name of Father:	Father's Work Phone #: Cell Phone #:
If a parent cannot be reached in an emergency, who should we call? Name: _____ Phone: _____	

Does your child have a food allergy? (If yes, please explain in comment section- be sure to list food allergies)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Does your child have any other allergy? (If yes, comment below- include any drug allergies)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Has your child ever had asthma?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Does your child walk in his/her sleep?.....	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Does your child suffer from bed-wetting?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Does your child have any other medical condition? (if yes, explain below)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Does your child take medication? If yes, you must explain in the comment section below.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
NOTE: If your child might need medicine for a condition they have now <u>or had in the past</u>, please provide us with the medication and a <u>doctor's note</u>. No medication (other than Tylenol) will be given at camp without written authorization from a doctor! (You can use the medication form provided or the doctor's own note.) Children should not attend camp without medicine that they might need! Be advised that allergies may be worse given the outdoor setting at camp!!		
If necessary, may the nurse give Tylenol to your child?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

Parent Comment Section: (use this space to further explain any medical issues about your child)

Name of family medical doctor: _____ Phone Number: _____

*****Please be advised that in the event of a medical emergency, the parents / guardians will be notified immediately. Hackensack Board of Education policy prohibits staff members from transporting students; therefore the parents / guardians are responsible for picking up their child from Camp Mason or the hospital as soon as possible. If the student requires an immediate medical need, the nearest hospital is Newton Memorial Hospital, Newton, NJ.

*****Please be advised in the event of a behavioral issue, the parents/guardians will be notified immediately and asked to pick up the student from camp as soon as possible. If the student isn't removed within a reasonable amount of time, the camp director will then ask the principal to have student resource officers from the Hackensack Police department remove your child from the camp site and returned home.

* By signing below you acknowledge and accept the terms of this policy

Photography and Video Release: During camp, the school takes photographs and video to document the experience.
Can your child's photo and video be taken and used by the school for public relations purposes (newspaper, school website, etc) Yes No

By signing this document you are fully aware of all rules and policies and authorize your child to attend Camp with the Hackensack Middle School.

Signature of Parent/ Guardian

Date