



INSCRIPCIÓN, EVALUACIÓN MÉDICA Y ACUERDO DEL PARTICIPANTE

LEA CON CUIDADO LA TOTALIDAD DE ESTE DOCUMENTO Y ANOTE TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA CON LETRA LEGIBLE Y TINTA. ASEGÚRESE DE PONER SU FIRMA Y LA FECHA EN EL ESPACIO PARA ELLO EN LA ÚLTIMA PÁGINA. LOS FORMATOS CON DATOS INCOMPLETOS O SIN FIRMAR PUEDEN DEMORAR O IMPEDIR LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA. EL PADRE O TUTOR DEBE LLENAR Y FIRMAR POR LOS MENORES DE EDAD.

Nombre del Participante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: 8

Género: _____

Dirección: _____
 Calle Ciudad Estado C.P. Correo electrónico Teléfono ()

El Participante es: Un menor Usted Un profesor Padre/Madre/Chaperón

Nombre del (de los) Padre(s) o Tutor(es) (si el Participante es un menor): (1) _____ (2) _____

Nombre de la escuela: Crittenden Middle School Nombre del profesor titular o del contacto del grupo: Michael Newman

CONTACTOS DE EMERGENCIA: El Padre, Madre o Tutor deberá ponerse como primer contacto en caso de emergencia

(1) Nombre _____ Relación _____ Correo electrónico _____

Teléfono durante el día _____ Teléfono por las tardes _____ Celular o localizador _____

(2) Nombre _____ Relación _____ Correo electrónico _____

Teléfono durante el día _____ Teléfono por las tardes _____ Celular o localizador _____

INFORMACIÓN DE SALUD: LLENE EN SU TOTALIDAD *NO SE REQUIERE FIRMA DE UN MÉDICO*

Esta información la utilizará el personal de NatureBridge únicamente para brindar apoyo al Participante en el programa.

¿Tiene o ha tenido el Participante alguno de los padecimientos o síntomas siguientes? Especifique cualquier problema en la página siguiente.

Información médica		12. Problemas de audición o infección de oídos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alergias	
1. Cualquier enfermedad grave	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	13. Problemas de visión o de otra índole en los ojos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	22. Alimentos (especifique cuáles en la página siguiente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Alguna cirugía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	14. Sonambulismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	23. Abejas/Avispas/Insectos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. Sangrados/Coágulos/Anemia o cualquier otro trastorno sanguíneo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	15. Moja la cama	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	24. Alergias a medicamentos (especifique cuáles en la página siguiente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Asma, respiración sibilante u otro problema pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	16. ¿Ha pasado una noche hospitalizado en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	25. Yodo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	17. Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	26. Alergias de temporada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. Arritmia cardíaca, defecto cardíaco u otro problema en el corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			27. Otras alergias (especifique cuáles en la página siguiente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. Problema renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedades		Si el Participante tiene alergias:	
8. Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	18. Varicela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	28. ¿Carga con su propia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

9. Problemas mentales, emocionales o conductuales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	19. Sarampión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	29. ¿Carga su propio Inhalador?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. Convulsiones o desmayos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	20. Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
11. Sistema Inmune debilitado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	21. Otras enfermedades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Si contestó "sí" a cualquiera de los puntos anteriores, explíquelo a continuación. Proporcione el número correspondiente. (Agregue páginas adicionales de ser necesario.)

Número de pregunta	Explicación
22. Alergias a alimentos	
27. Otras alergias	

- ¿Tiene el Participante restringida la ingesta de algún alimento? Sí No Especifique _____
- ¿Está el Participante tomando algún medicamento? Sí No

Enumere todos los medicamentos que está tomando el Participante e indique para qué padecimiento es cada uno.**

Medicamento	Padecimiento

**El Participante debe seguir tomando todos sus medicamentos durante el Programa a menos que su doctor indique otra cosa.

- ¿Puede el Participante participar en una caminata de 5 millas con una elevación de hasta 2,000 pies? Sí No
- ¿Hay alguna restricción en la actividad física del Participante? Sí No

Si la respuesta es sí, explíquelo a continuación. _____

- Proporcione cualquier información adicional que considere deberíamos saber para ayudarnos a dar una experiencia de calidad para el Participante.

Nota: El personal de NatureBridge puede ponerse en contacto con el Participante/Padre/Madre/Tutor para hacerle preguntas sobre cualquiera de los asuntos arriba tratados en anticipación del Programa.

Nombre del médico _____ Teléfono _____

Compañía de seguro médico _____

Núm. de póliza/núm. ID _____ Nombre del beneficiario _____

Se adjunta información médica o de seguros adicional: Sí No

**ACUERDO DEL PARTICIPANTE
(INCLUYE LA ACEPTACIÓN DE RIESGOS, DESCARGO E INDEMNIZACIÓN)
REQUERIDO PARA TODOS LOS PARTICIPANTES**

LEA CON CUIDADO LA TOTALIDAD DE ESTE ACUERDO, AFECTA LOS DERECHOS LEGALES DE LOS PARTICIPANTES O DE SUS FAMILIAS EN CASO DE LESIÓN U OTRA PÉRDIDA.

Todos los participantes de 18 años en adelante, incluidos todos los maestros y chaperones (en lo sucesivo "Participantes adultos"), deben firmar este Acuerdo del Participante. Al menos un padre o tutor (ambos en lo sucesivo "Padre") deben firmar en su nombre y representación individualmente, así como en nombre y representación de su menor hijo o protegido (en lo sucesivo "Participante menor"). El término "Yo" como se usa en



NatureBridge

canoas y otras excursiones acuáticas. Algunos programas incluyen viajes en vehículos de NatureBridge conducidos por empleados de NatureBridge. Entiendo que este Programa expone a sus Participantes a una variedad de riesgos y peligros, previstos e imprevistos, algunos de los cuales son inherentes y no se pueden eliminar sin alterar de manera fundamental el carácter único del Programa. Estos riesgos inherentes incluyen, de manera no limitativa, riesgos y peligros ambientales, que incluyen aguas en movimiento, profundas o frías; plantas, insectos, víboras y depredadores, que incluyen animales de gran tamaño, piedras en calda o rodantes; relámpagos; y fuerzas impredecibles de la naturaleza, que incluyen clima que puede cambiar a condiciones extremas sin aviso. Las lesiones y enfermedades posibles incluyen reacciones alérgicas, que incluyen, de manera importante, anafilaxia, hipotermia, quemaduras por frío, enfermedades por altitud, quemaduras solares, golpe de calor, deshidratación, enfermedades infecciosas, lesiones osteomusculares y otras condiciones o lesiones leves o graves, que incluyen la muerte. La evacuación de emergencia y cuidado médico puede demorarse 24 (veinticuatro) horas o más debido a las ubicaciones remotas de algunas actividades del Programa.

Aceptación de los riesgos

Entiendo que la descripción anterior de los riesgos involucrados en las actividades de NatureBridge no está completa y que otros riesgos pudieran resultar en pérdidas patrimoniales, lesiones personales o la muerte. Para mí y para el Participante menor, acepto asumir, en la medida máxima que permita la ley, los riesgos de participación, conocidos y por conocer, inherentes o no, y sea o no que dichos riesgos se hayan descrito en los párrafos anteriores. Entiendo que la participación en este Programa es completamente voluntaria y consiento la participación con pleno conocimiento de la naturaleza riesgosa del Programa. Si el Participante es un menor de edad, he hablado con él o ella de las actividades y riesgos y el menor desea participar a pesar de ellos.

Descargo e indemnización

Yo, como Participante adulto o Padre de un Participante menor, en mi nombre y representación y en nombre y representación de ese Participante menor, estoy de acuerdo en liberar, indemnizar, proteger y tener a salvo, y prometo no demandar, a NatureBridge y/o sus institutos afiliados y/o cualquiera de sus funcionarios, consejeros, empleados, contratistas y aseguradoras correspondientes (las "Partes Relevadas"), con respecto a cualquiera de las reclamaciones, demandas, daños, pérdidas o responsabilidades, que incluyen, de manera no limitativa, las reclamaciones por lesiones personales o muerte, que Yo o mi Participante menor podamos sufrir, como resultado o relacionado de cualquier manera con mi participación, o la de mi Participante menor, en el Programa. Las reclamaciones relevadas e indemnizadas por el presente documento incluyen aquellas causadas o resultantes de la negligencia de una Parte relevada, o cualquiera de ellas, pero no aquellas causadas o resultantes de un acto u omisión temerario o ilícito doloso. Si una Parte relevada debe defenderse por cualquier reclamación presentada por mí y/o en mi nombre y representación o en nombre y representación de un familiar y/o mi Participante menor, Yo o los herederos o albaceas míos y/o del Participante menor acordamos pagar dichos costos de litigio y honorarios legales de dicha Parte relevada si la Parte relevada se defiende con éxito contra dicha reclamación y en la medida que así lo haga.

Consideraciones médicas

Declaro que la información médica antes provista es correcta y completa a mi mejor entender.

Autorizo al personal de NatureBridge que ha recibido capacitación adecuada para administrar primeros auxilios básicos y medicamentos de venta libre, que incluyen aspirina, Tylenol, ibuprofeno, Benadryl, Neosporin, Pepto-Bismo y otros similares. Entiendo que el personal de NatureBridge no carga con epinefrina para el tratamiento de reacciones alérgicas potencialmente letales que pudieran ocurrir durante el Programa. Si el Participante menor tiene una alergia conocida potencialmente letal, o si Yo he recibido aviso de que él o ella deberán estar preparados para una reacción alérgica posiblemente grave, mi Participante menor ha sido provisto con epinefrina autoinyectable y las instrucciones de un médico para su uso y Yo he instruido a mi Participante menor para tenerla disponible en todo momento durante el Programa. Si mi Participante menor está inscrito en el Programa como parte de una escuela u otro grupo, he informado también a la persona a cargo de la escuela u otro grupo de esta alergia y cualquier medida de protección aplicable prescrita por un médico.



NatureBridge[®]

Autorizo a cualquier chaperón adulto o miembro del personal de NatureBridge a procurar cuidado médico para mi Participante menor (o para mí, si no pudiera expresar mi consentimiento), y para dar consentimiento para cualquier rayos X, examen, anestesia, diagnóstico, tratamiento y/o cuidado hospitalario que pueda recomendar un doctor y/o dentista certificado. En caso de enfermedades o lesiones menores, entiendo que NatureBridge tratará de contactarme a la brevedad posible. En caso de enfermedades o lesiones mayores, entiendo que NatureBridge tratará de contactarme antes del inicio de cualquier tratamiento médico, a menos que la condición del Participante menor sea tal que se deba comenzar el tratamiento de inmediato antes de poder establecer contacto conmigo. Incluso si no me pueden contactar, esta autorización se mantiene en pleno vigor y efecto.

Yo acepto asumir la total responsabilidad financiera por los costos de cualquier evacuación y/o cuidado/tratamiento médico que Yo o mi Participante menor podamos recibir.

Otras disposiciones

Yo acepto que NatureBridge y sus representantes pueden usar, sin restricción ni compensación, mi imagen o la de mi Participante Menor, ya sea en fotografías o video, así como en cualquier escrito, obra de arte y/o testimonial creado por mí o mi Participante menor y proporcionado a NatureBridge. Yo acepto que una vez enviados, estos materiales se volverán propiedad de NatureBridge.

Entiendo que durante parte del Programa, mi Participante menor estará bajo la supervisión de maestros, chaperones y otros adultos que no son empleados de NatureBridge y que no han sido seleccionados por NatureBridge ni están bajo la supervisión de NatureBridge. Yo entiendo y acepto que NatureBridge no es responsable por las acciones de dichas personas.

NatureBridge usa contratistas independientes para algunos servicios y dichos contratistas independientes, y no NatureBridge, son los únicos responsables por cualquier pérdida o lesión causada por sus actos u omisiones.

Entiendo que este Acuerdo del participante está contemplado por NatureBridge para tener un efecto tan amplio como lo permita la ley, y que si cualquiera de las secciones de este Acuerdo del participante se determina inválida por cualquier razón, el resto del Acuerdo del Participante se mantendrá válido y con plena exigibilidad.

Acepto que si surge una controversia entre mí y mi Participante menor, por un lado, y una Parte relevada, por el otro, dicha controversia será regida por el derecho sustantivo del Estado de California y que cualquier demanda contra cualquiera de las Partes Relevadas será presentada y mantenida en un tribunal de la jurisdicción competente en el Condado de San Francisco, California.

He leído cuidadosamente este Acuerdo del Participante y entiendo sus términos, por lo que lo firmo voluntariamente. Todas las preguntas que tenía respecto al Programa fueron respondidas a mi satisfacción.

Se me ha asesorado consultar con un abogado de mi elección si tengo preguntas respecto a la traducción de este Acuerdo del Participante. Entiendo y en caso de cualquier problema con respecto a la traducción, prevalecerá la versión en inglés de este Acuerdo del Participante.

Nombre del Participante _____
Nombre con letra de molde

Firma del padre o tutor
(por el Participante menor)

Nombre con letra de molde

Fecha

Firma del Participante adulto (si tiene 18 años de edad o más) _____
Fecha

14836-3440-4873

4848-7268-1993, v. 1

Distrito Escolar de Mountain View Whisman
Formulario de Autorización y Exención del Padre/Tutor para un Paseo Escolar

Estimado Padre/Tutor:

Su requiere de su permiso para que su hijo participe en un paseo escolar/excursión ("Viaje") del Distrito Escolar de Mountain View Whisman. A ningún estudiante se le permitirá participar en el Viaje, sin este formulario de autorización firmado. La Participación en estas actividades es completamente voluntaria.

Destino/Duración/Detalles relacionados al Viaje:
Yosemite - Oct 29 - Nov 2, 2018
8:00 Am 5:00 PM

Nombre del Estudiante: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____
 Nombre del Padre/Tutor: _____

Teléfono Celular del Padre/Tutor: _____
 Dirección: _____

INFORMACION SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

TODOS los medicamentos deben registrarse en este formulario. Todos los medicamentos, excepto aquellos que deben mantenerse con el estudiante para ser usados en caso de emergencia, y **DEBEN** ser guardados y distribuidos por el personal del Distrito.

_____ Marque aquí, si **no hay** problemas médicos especiales del estudiante, de los cuales el personal del Distrito debe estar informado y **no se requiere de medicamentos** para el paseo escolar.

_____ Marque aquí, si **hay** medicamentos que deben ser tomados por este estudiante. Adjunte a este formulario el nombre y la dosis del medicamento, una descripción de la salud o del problema médico, y cualquier problema adicional, del que el personal del Distrito deba estar informado; y si la distribución de los medicamentos debe ser mantenida confidencial y discreta.

- Compañía de Seguro Médico (ej., Kaiser, etc.): _____ Número de Póliza: _____
 - Dirección/Número Telefónico del Seguro Médico: _____
- Persona a Notificar en Caso de Emergencia (Que **no sea** el Padre/Tutor):
 Nombre: _____ Teléfono Celular: _____ Relación/Parentesco: _____

RECONOCIMIENTO, ACEPTACION DE RIESGO POTENCIAL, EXCENSION, REGLAS Y EL REGLAMENTO

Yo autorizo a _____ [nombre del estudiante], a participar en el Paseo Escolar descrito arriba. Entiendo y reconozco que estas actividades por su propia naturaleza, plantean el riesgo potencial de lesión/enfermedad grave para las personas que participan en estas actividades. En caso de enfermedad o lesión, (1) por la presente, doy mi autorización para que le sean realizados rayos x, examen, anestesia, diagnosis médica, quirúrgica, dental, tratamiento y atención hospitalaria que se consideren necesarios por el médico tratante, cirujano, o dentista y llevados a cabo, o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o instalaciones proveedoras de servicios médicos o dentales o, (2) he adjuntado a este formulario con indicaciones específicas, cómo se limitará el tratamiento médico para mi hijo.

Entiendo y admito que para poder participar en estas actividades, el niño/a y yo acordamos asumir el riesgo y la responsabilidad sobre cualquier riesgo, o todo el riesgo potencial, que pudieran estar asociados con la participación en estas actividades. Renuncio al derecho de interponer una demanda en contra del Distrito, exonerado a los oficiales del Distrito, agentes, empleados o voluntarios de cualquier responsabilidad, o demanda que pudiera surgir en conexión con la participación de mi hijo en esta actividad.

Entiendo que los participantes deben respetar todas las reglas y el reglamento de conducta gobernante, durante el Paseo Escolar. Cualquier violación a estas reglas y reglamentos, podrían resultar en que la persona sea enviada a casa, a expensas de su padre/tutor.

 Firma del Padre/Tutor y Fecha

Distrito Escolar de Mountain View Whisman
Formulario de Autorización y Exención del Padre/Tutor para un Paseo Escolar

Estimado Padre/Tutor:

Su requiere de su permiso para que su hijo participe en un paseo escolar/excursión ("Viaje") del Distrito Escolar de Mountain View Whisman. A ningún estudiante se le permitirá participar en el Viaje, sin este formulario de autorización firmado. La Participación en estas actividades es completamente voluntaria.

Destino/Duración/Detalles relacionados al Viaje:
Yosemite - Oct 29 - Nov 3, 2018
8:00 Am 5:00 PM

Nombre del Estudiante: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____
 Nombre del Padre/Tutor: _____

Teléfono Celular del Padre/Tutor: _____
 Dirección: _____

INFORMACION SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

TODOS los medicamentos deben registrarse en este formulario. Todos los medicamentos, excepto aquellos que deben mantenerse con el estudiante para ser usados en caso de emergencia, y **DEBEN** ser guardados y distribuidos por el personal del Distrito.

_____ Marque aquí, si **no hay** problemas médicos especiales del estudiante, de los cuales el personal del Distrito debe estar informado y **no se requiere de medicamentos** para el paseo escolar.

_____ Marque aquí, si **hay** medicamentos que deben ser tomados por este estudiante. Adjunte a este formulario el nombre y la dosis del medicamento, una descripción de la salud o del problema médico, y cualquier problema adicional, del que el personal del Distrito deba estar informado; y si la distribución de los medicamentos debe ser mantenida confidencial y discreta.

• Compañía de Seguro Médico (ej., Kaiser, etc.): _____ Número de Póliza: _____
 • Dirección/Número Telefónico del Seguro Médico: _____
 Persona a Notificar en Caso de Emergencia (Que **no sea** el Padre/Tutor):
 Nombre: _____ Teléfono Celular: _____ Relación/Parentesco: _____

RECONOCIMIENTO, ACEPTACION DE RIESGO POTENCIAL, EXCENSION, REGLAS Y EL REGLAMENTO

Yo autorizo a _____ [nombre del estudiante], a participar en el Paseo Escolar descrito arriba. Entiendo y reconozco que estas actividades por su propia naturaleza, plantean el riesgo potencial de lesión/enfermedad grave para las personas que participan en estas actividades. En caso de enfermedad o lesión, (1) por la presente, doy mi autorización para que le sean realizados rayos x, examen, anestesia, diagnosis médica, quirúrgica, dental, tratamiento y atención hospitalaria que se consideren necesarios por el médico tratante, cirujano, o dentista y llevados a cabo, o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o instalaciones proveedoras de servicios médicos o dentales o, (2) he adjuntado a este formulario con indicaciones específicas, cómo se limitará el tratamiento médico para mi hijo.

Entiendo y admito que para poder participar en estas actividades, el niño/a y yo acordamos asumir el riesgo y la responsabilidad sobre cualquier riesgo, o todo el riesgo potencial, que pudieran estar asociados con la participación en estas actividades. Renuncio al derecho de interponer una demanda en contra del Distrito, exonerado a los oficiales del Distrito, agentes, empleados o voluntarios de cualquier responsabilidad, o demanda que pudiera surgir en conexión con la participación de mi hijo en esta actividad.

Entiendo que los participantes deben respetar todas las reglas y el reglamento de conducta gobernante, durante el Paseo Escolar. Cualquier violación a estas reglas y reglamentos, podrían resultar en que la persona sea enviada a casa, a expensas de su padre/tutor.

 Firma del Padre/Tutor y Fecha

School Group Coordinator Instructions:

1. Pre-fill the following fields below with school information: #7 (SCHOOL NAME), #8 (SCHOOL CONTACT).
2. Photocopy and distribute after pre-filling these fields. Have participants fill out the following fields independently:
ADULT PARTICIPANTS: #5, #9-19, #33-34
STUDENT PARTICIPANT: #5-6, #9-10 if different from parental section, (#14 optional), #15-19 if different from parental section, #26-34 (most important! parental section)

VOLUNTEER SERVICE AGREEMENT—NATURAL & CULTURAL RESOURCES

1. <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL		2. <input checked="" type="checkbox"/> GROUP	
3. NAME OF AGENCY: National Park Service, YOSE		4. AGREEMENT # (n/a)	
5. NAME OF VOLUNTEER (Last, First)		6. U.S. CITIZEN OR PERMANENT RESIDENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No, list visa type	
7. NAME OF GROUP		8. NAME OF GROUP CONTACT (First, Last)	
9. STREET ADDRESS		10. CITY, STATE, ZIP CODE	
11. EMAIL ADDRESS	12. PHONE Home: Mobile:	13. AGE <input type="checkbox"/> Under 15 <input type="checkbox"/> 15 - 18 <input type="checkbox"/> 19 - 25 <input type="checkbox"/> 26 - 35 <input type="checkbox"/> 36 - 54 <input type="checkbox"/> 55 and Older	
14. ETHNICITY & RACE (Optional): Please report both ethnicity and race and tell us if you are a veteran or have a disability. Multiracial respondents may select two or more races. This information will inform our understanding of diversity and inclusion among the volunteer force in the natural and cultural resource areas.			
14a. Ethnicity (Select one): <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino		14b. Race (Select one or more, regardless of ethnicity): <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander	
		14c. Are you a Veteran? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
		14d. Do you have disability? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

15. NAME (Last, First)		16. PHONE Home: Mobile:		17. EMAIL ADDRESS	
18. STREET ADDRESS		19. CITY, STATE, ZIP CODE			

GOVERNMENT OFFICIAL **** SUPERVISOR COMPLETES THIS SECTION ****

20. AGENCY CONTACT / <i>Supervisor</i> NAME (Last, First) Boothe, Heather; Yosemite Volunteer Program Manager		21. AGENCY CONTACT / <i>Supervisor</i> EMAIL & PHONE 209-379-1850, yose_volunteers@nps.gov	
22. REIMBURSEMENTS APPROVED: <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No Type and Rate of Reimbursement:		23. VOLUNTEER POSITION TITLE /GROUP PROJECT <i>and</i> PD#: <i>NatureBridge Service Learning Participant, #393</i>	

24. **Description of service to be performed.** Provide a brief abstract of volunteer or service activity and the location of the volunteer activity, and attach description of service to be performed. Service description should include details such as time and schedule commitment, use of government vehicle, use of personal equipment and/or vehicle, skills required (note certifications if necessary), level of physical activity required, etc. If this is a group agreement, the leader is to provide the group name and attach a complete list of group participants or optional form 301b for each volunteer.

VOLUNTEER/SERVICE ACTIVITY ABSTRACT

(Supervisor Completes this section)

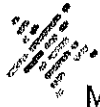
NatureBridge service learning participants will be working on a wide variety of project in partnership between NB and the National Park Service. The work may include Resources Management projects, including: invasive plant removal, conifer removal, water quality monitoring, seed collection, stream bank restoration, social trail eradication, wildlife protection and education, snow surveying, and similar work. Facilities management work may include litter collection, cleaning up campgrounds, trail repair, carpentry, sign repair, and similar work. Work may include interacting with the public, providing information and education.

Work will be throughout Yosemite National Park, in highly varied terrain, at elevations ranging from 2,000 to 14,000 feet, in changeable weather conditions. Travel will include both established road and trails as well as undeveloped areas. Environmental hazards include poisonous plants, stinging and biting insects, extreme heat and cold, and wildlife interactions. Participants must use appropriate safety equipment, dress appropriately for the work, and follow all safety procedures.

25. **Check all that apply:** Description of service attached List of group participants/optional form 301b attached
 Job Hazard Analysis Valid Driver's License Verified (if required)

PARENTAL CONSENT FOR VOLUNTEER UNDER AGE 18		
26. PARENT OR LEGAL GUARDIAN (First, Last)	27. PHONE Home: Mobile:	28. EMAIL ADDRESS
29. STREET ADDRESS	30. CITY, STATE, ZIP CODE	
31. I affirm that I am the parent/guardian of the above named volunteer. I understand that the agency volunteer program does not provide compensation, except as otherwise provided by law; and that the service will not confer on the volunteer the status of a Federal employee. I have read the attached description of the service that the volunteer will perform. I give my permission for _____ to participate in the specified volunteer activity. (NAME OF YOUTH)		
32. Parent/Guardian Signature		Date
VOLUNTEER & GROUP LEADER AFFIRMATION		
33. I understand that I will not receive any compensation for the above service and that volunteers are NOT considered Federal employees for any purpose other than tort claims and injury compensation. I understand that volunteer service is not creditable for leave accrual or any other employee benefits. I also understand that either the government or I may cancel this agreement at any time by notifying the other party. I understand that my volunteer position may require a reference check, background investigation, and/or a criminal history inquiry in order for me to perform my duties. I understand that all publications, films, slides, videos, artistic or similar endeavors, resulting from my volunteer services as specifically stated in the attached job description, will become the property of the United States, and as such, will be in the public domain and not subject to copyright laws. I understand the health and physical condition requirements for doing the work as described in the job description and at the project location, and certify that the statements I have checked below are true: <input type="checkbox"/> I or group leader know of no medical condition or physical limitation that may adversely affect my or members of the group ability to provide this service. If a group see attached OF301b. <input type="checkbox"/> I or a member of the group have a medical condition or physical limitation that may adversely affect my ability to provide this service and have informed the Government Representative. If a member of a group see attached OF301b. <input type="checkbox"/> I or group member do not consent to being photographed or to the release of my photographic image. If a member of a group see attached OF301b. I do hereby volunteer my services as described above, to assist in authorized activities at <u>Yosemite National Park, NPS</u> and I agree to follow all applicable safety guidelines. See attached OF301b attached if a member of a group. (NAME OF FEDERAL AGENCY)		
34. Signature of Volunteer or Group Leader		Date
The above-named agency agrees, while this arrangement is in effect, to provide such materials, equipment, and facilities that are available and needed to perform the service described above, and to consider you as a Federal employee only for the purposes of tort claims, liability and injury compensation to the extent not covered by your volunteer group, if any.		
35. Signature of Government Representative (<i>Supervisor</i>)		Date
TERMINATION OF AGREEMENT (<i>completed by Volunteer Office at end of volunteer service</i>)		
36. Agreement Terminated Date:		Total Hours Completed:
37. Signature of Government Representative:		
PUBLIC BURDEN STATEMENT		
According to the Paperwork Reduction Act of 1995, an agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0596-0080. The time required to complete this information collection is estimated to average 15 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. USDA, DOI, DOC and DOD prohibit discrimination in all programs and activities on the basis of race, color, national origin, gender, religion, age, disability, political beliefs, sexual orientation, and marital or family status. Not all prohibited bases apply to all programs.		
PRIVACY ACT STATEMENT		
Collection and use is covered by Privacy Act System of Records OPM/GOVT-1 and USDA/OP-1, and is consistent with the provisions of 5 USC 552a (Privacy Act of 1974), which authorizes acceptance of the information requested on this form. The data will be used to maintain official records of volunteers of the USDA and USDI for the purposes of tort claims and injury compensation. Furnishing this data is voluntary, however if this form is incomplete, enrollment in the program cannot proceed.		

~~*~~ complete si su hijo/a usa un ~~*~~ inhalador



Mountain View
Whisman
School District

SERVICIOS ESCOLARES DE SALUD

PERMISO PARA CARGAR UN INHALADOR

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____		FECHA _____
Varón/Mujer _____	FECHA DE NACIMIENTO _____	
ESCUELA _____	GRADO _____	

El estudiante mencionado anteriormente ha recibido instrucción sobre el uso adecuado del siguiente inhalador:

Nosotros, _____ (Doctor) y _____ (Padre/Madre),
solicitamos que el estudiante mencionado arriba reciba autorización escolar para llevar su inhalador consigo o
para guardarlo en su mochila o casillero de Educación Física, ya que consideramos que es responsable. Él/ella
ha recibido instrucción y entiende el propósito y el método apropiado y la frecuencia de uso de su inhalador.

Nosotros, los abajo firmantes, absolvemos a la escuela de cualquier responsabilidad relacionada con el cuidado
del inhalador del estudiante.

_____ Doctor	_____ Padre o Apoderado
_____ Enfermera de la Escuela	_____ Director

→ **AVISO:** Los estudiantes que están solicitando permiso para cargar su inhalador con ellos en el
campus escolar deben completar este formulario, tanto como el formulario de Permiso e Instrucciones
para Suministrar el Medicamento.

* Complete si su hijo/a usa medicina *

MOUNTAIN VIEW WHISMAN SCHOOL DISTRICT
PERMISSION AND INSTRUCTIONS TO ADMINISTER MEDICATION
During School Hours

Dear Parent/Guardian:

Before medication can be administered during school hours, it is necessary to have specific written orders from your physician and written authorization from you. The school MUST be notified of any changes of medication administered at school. In addition, we ask that you notify us of any changes in the medication administered at home that might affect your child's behavior at school. Medication must be in Original Pharmacy Labeled container with the student's name clearly visible. Permission must be renewed each school year. Over-the-counter medication will be given only if prescribed by a physician or dentist and in the original container. (California Education Code Section 49423)

Name of Student: _____ Address: _____

Birthdate: _____ School: _____ Program (if applicable): _____

To be completed by Physician

The above named student is currently under my care and receiving medication(s) for the following condition(s):
(It is necessary for the student to take this medication during school hours.)

MEDICATION TO BE ADMINISTERED AT SCHOOL DURING SCHOOL HOURS:

MEDICATION: _____ TIME: _____

DOSE (Total dose-please give in mg. or ml.) _____ ROUTE: _____

OBSERVABLE ADVERSE REACTIONS THAT MIGHT BE SEEN AT SCHOOL:

MEDICATION WILL CONTINUE FOR: DAYS MONTHS UNTIL: _____

The school reserves the right to contact the doctor regarding clarification if you are not available.

NOTE TO PARENT: It is your responsibility to provide the required medication(s) in original and individually prescription labeled container(s). Renewal is required for prescription changes and at the beginning of each school year.

AUTHORIZING SIGNATURES: PERMISSION TO ADMINISTER THE ABOVE MEDICATION(S) IS HEREBY GIVEN TO THE INSTRUCTIONAL/SCHOOL STAFF AT: _____ School

Physician Signature: _____ Phone: _____ Date: _____

Physician Name (Please print): _____ Phone: _____ Date: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Day Phone: _____ Date: _____

Students attending Santa Clara County Programs: Please see Site School Nurse for Specific Instructions.



NatureBridge Estudiante Contrato

Hola y bienvenidos a NatureBridge. Nuestro compromiso es proveer nuevas experiencias, oportunidades para aprender con diversión y aventuras seguras. Para asistir el NatureBridge, tienes que hacer tu propio compromiso: que vivas de acuerdo con las siguientes directivas. Si estás de acuerdo con las directivas, firma las siglas al lado de cada uno y firma tu nombre al pie.

Acuerdo General

____ Estoy de acuerdo en participar en el programa del NatureBridge.

____ Estoy de acuerdo en ser puntual para las reuniones y eventos.

____ Estoy de acuerdo en respetar la privacidad, la propiedad, y los sentimientos de otros. Comprendo que vamos a convivir en cabañas y compartir la propiedad con otros.

____ Estoy de acuerdo en tratar mis compañeros, los adultos, y los instructores con respeto. Entiendo que el tono en que hablo con otros es importante. También voy a dar mi atención con todos que hablan conmigo, aunque sea uno de los adultos o un compañero mío

____ Estoy de acuerdo en utilizar mi LISTA DE ROPA Y EQUIPO y traer las cosas que yo necesitaré para mi estancia (como chaqueta para la lluvia, botellas de agua, ropa extra, etc.)

____ Estoy de acuerdo en no entrar las cabañas de otros estudiantes.

____ Yo entiendo que necesito apagar la luz a las 10:00. Estoy de acuerdo en no hablar y tener respeto para los demás por la noche para que todos puedan dormir suficientemente para participar y mantenerse la salud.

____ Estoy de acuerdo en dejar los alimentos afuera de mi cabaña. Daré sobras del almuerzo a mi instructor de NatureBridge.

Acuerdos Definitivos

Comprendo que una infracción de cualquiera del siguiente o de los anteriores acuerdos contractuales puede resultar en un viaje de vuelta a mi casa por gasto de mi familia.

____ Estoy de acuerdo en no causar daño físico o emocional ni amenazar cualquier otra persona.

____ Estoy de acuerdo en no discriminar a las personas debido a su raza, cultura, religión, habilidad, idioma, o necesidades especiales.

____ Estoy de acuerdo en respetar la propiedad de NATUREBRIDGE y el Parque Nacional de Yosemite, y abstenerme de cualquier acto de vandalismo.

____ Comprendo que es importante tener cuidado en los senderos. Voy a procurar en --mantener la seguridad de todas las personas mientras en los senderos.

____ Estoy de acuerdo en no traer drogas sin receta, cigarrillos, armas ni alcohol al Instituto.

____ Estoy de acuerdo en siempre avisar a los adultos de donde estoy y de no irme solo/a a ninguna parte.

Firma

Fecha