



The Clearpool Education Center

Over 100 Years of Learning Beyond the Classroom

33 Clearpool Rd • Carmel, NY 10512 • Phone: (845) 225-8226 • Fax: (845) 225-6337

Grupo que atiende a Clearpool con (escuela, organización) _____ grado _____

Consentimiento Del Pariente

Le doy permiso a mi hijo(a) _____ para atender el programa de Clearpool Education Center en Carmel, NY desde _____.

Si mi hijo(a) llegase a necesitar emergencia medica, le doy permiso a Clearpool de suministrarle el servicio, y me dejen saber inmediatamente Si la persona que Clearpool tenga para atender problemas de salud piensa que lo tengan que hospitalizar o darle otra atención como rayos X o otros exámenes le doy permiso a Clearpool, Inc. usar mi seguro medico para que se haga cargo del servicio. En caso de que Clearpool, Inc. no obtenga el costo, yo me hago cargo del costo.

Le doy permiso a la administración de Clearpool y al personal que usen su mejor entendimiento para que actuen en mi lugar para corregir la conducta de mi hijo(a). Me disgustaría que my hijo(a) sea castigado sin rason.

En caso de que la conducta de mi hijo(a) perjudique a los otros niños y al personal de Clearpool acepto que lo manden a la casa con todas sus cosas. También espero información de la administración de Clearpool sobre que clase de ropa y otras cosa necesita para este lugar. También entiendo que Clearpool no es responsable si la ropa se daña o se pierde algo personal.

Firma del Pariente/Guardian

Fecha

Consentimiento de Foto

También entiendo que mi hijo(a) puede ser retratado participando en algunas actividades escolares y que estas fotos pueden ser usadas para recaudar fotos y para actividades públicas de Clearpool. Entiendo que estas fotos pueden darselas a otras organizaciones similares pero no para uso lucrativo.

Firma del Pariente/Guardian

Fecha

Consentimiento de Hospital

Putnam Hospital Center
666 Stoneleigh Ave.
Carmel, NY 10512

Yo entiendo que si mi hijo(a) tiene que hospitalizarse solo puede ser atendido por doctores con licencia de Putnam Hospital Center. Clearpool tiene autorizacion y dar permiso al doctor o cirujano para actuar. Es entendido que esta autorización fue dada con anticipación para el tratamiento.

Se está dando esta autorización a los mencionados anteriormente para diagnosticar y dar servicio medico, y hospitalización y que el doctor proceda con su mejor entendimiento.

Firma del Pariente/Guardian

Fecha

Marque por favor la caja si usted querría recibir nuestro boletín y otra información del Clearpool Education Center.

Contributions to CLEARPOOL are tax deductible to the extent permitted by law.