



Servicios del programa de relevo de ESBA Noche para padres

Estimado padre o cuidador de Easterseals Bay Area (ESBA):

¡Gracias por su interés en nuestro programa de noche para padres en Easterseals Bay Area! Nos entusiasma que usted y su familia consideren utilizar nuestros servicios.

Para participar en el evento de noche para padres, debemos tener un formulario de registro en el expediente por cada persona interesada en asistir, incluidos los hermanos con desarrollo típico. Tenga en cuenta que los formularios de registro se completan exhaustivamente y se adjuntan los planes de apoyo por la seguridad de sus seres queridos, de las otras personas en el programa y de nuestro personal. Si no recibimos toda la información pertinente, podrían retrasarse las inscripciones al programa.

Instrucciones: envíe por correo electrónico o entregue un formulario de registro familiar anual (al reverso) para su familia y un paquete de información del participante por cada participante a:

Easterseals Bay Area
Family Engagement and Support Programs: Parents Night Out
2820 Shadelands Drive, Bld. 5, Suite 200
Walnut Creek, CA 94598
Correo electrónico: programs@esba.org

Si tiene alguna pregunta sobre estas 14 páginas, comuníquese con Stacey Murphy al (925) 448-4952.

Easterseals Bay Area
2820 Shadelands Drive
Bld. 5, Suite 200
Walnut Creek, CA 94598
programs@esba.org

Noche para padres de ESBA 2018

Información del participante del programa

Llene un paquete separado por cada participante.



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Hombre Mujer

Discapacidad principal: _____ Discapacidad secundaria: _____

Alergias (medicamentos/alimentos): _____

Entorno escolar del salón de clases (es decir, educación general, educación especial, centro de análisis aplicado del comportamiento [Applied Behavior Analysis, ABA], etc.):

La persona requiere cuidados o supervisión individual (asistente en la escuela, atención de un asistente de enfermería certificado [Certified Nursing Assistant, CNA] o enfermero titulado [Registered Nurse, RN] en casa, etc.)

sí no

Si la respuesta es sí, explique _____

Nombre y ubicación del proveedor de ABA: _____

¿Quién es el administrador clínico de su hijo(a)?: _____ Supervisor del programa: _____

Etnia

- Afroestadounidense Nativo estadounidense Asiático estadounidense Caucásico
 Hispano Etnias múltiples Otra: _____

Planes de apoyo:

Mi hijo(a) tiene establecidos los siguientes planes de apoyo y los adjunté a este formulario de registro. Entiendo que estos planes son necesarios para la participación en eventos de relevo en el Easterseals Bay Area.

Plan de apoyo para el comportamiento Plan de apoyo individual Plan de control de convulsiones Otro: _____

Niveles de atención:

Se evaluará a las personas interesadas en participar en el programa de relevo para determinar el nivel de atención requerido y evaluar cómo el personal puede satisfacer mejor las necesidades del participante. El nivel de atención asignado será a modo de prueba. Si el personal determina que las necesidades del participante han cambiado, se asignará un nuevo nivel de atención.

Aseo

El participante es completamente independiente

De lo contrario, marque las opciones que correspondan:

- Recordatorios Pañales
 Ayuda para vestirse Ayuda para lavarse las manos
 Ayuda después de una evacuación intestinal Ayuda para transferirse del o hacia el inodoro

Describe: _____

Desplazamiento/riesgo de caída (convulsiones)

El participante es totalmente independiente/puede desplazarse y no corre riesgos graves de caerse.

De lo contrario, marque las opciones que correspondan:

- Uso de silla de ruedas Riesgo de caerse debido a inestabilidad
 Uso de prótesis/aparatos ortopédicos Riesgo de caerse debido a convulsiones
 Requiere ayuda para desplazarse o transferirse Otro: _____

Describe: _____

Easterseals Bay Area
2820 Shadelands Drive
Bld. 5, Suite 200
Walnut Creek, CA 94598
programs@esba.org

Nivel de supervisión necesaria

- Independiente: el participante puede dejarse desatendido; es posible que ocasionalmente muestre un juicio deficiente, pero no requiere supervisión constante.
- Grupo grande: el participante participa cuando es supervisado por un adulto en un grupo de 5 a 7 participantes.
- Grupo pequeño: el participante participa cuando es supervisado por un adulto en un grupo de 2 a 4 participantes.
- Individual: el participante requiere un adulto a su lado en todo momento para poder participar.

¿Cómo responde su hijo(a) a los entornos nuevos? _____

Actividades de ocio

Marque las actividades en las que a su hijo(a) le gusta participar:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> En el exterior/patio de juegos | <input type="checkbox"/> Videojuegos/electrónicos | <input type="checkbox"/> Gimnasio |
| <input type="checkbox"/> Artes/manualidades | <input type="checkbox"/> Películas | <input type="checkbox"/> Pintar/colorear |
| <input type="checkbox"/> Deportes | <input type="checkbox"/> Juegos de simulación | <input type="checkbox"/> Juegos de mesa |
| <input type="checkbox"/> Leer libros | <input type="checkbox"/> Música/danza | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

Describe: _____

Nutrición y alimentación

- El participante es completamente independiente

De lo contrario, marque las opciones que correspondan:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Preparación especial de alimentos (es decir, puré, suaves, cortados en trozos pequeños, etc.) | |
| <input type="checkbox"/> Restricciones dietéticas o alergias a los alimentos: | <input type="checkbox"/> Riesgo de asfixia |
| <input type="checkbox"/> Alimentación con biberón | <input type="checkbox"/> Ayuda con la alimentación/uso de utensilios |
| <input type="checkbox"/> Ayuda para abrir paquetes | <input type="checkbox"/> Diabético |
| <input type="checkbox"/> Comedor quisquilloso (indique a continuación los alimentos que prefiera) | |
| <input type="checkbox"/> El padre o cuidador proporcionará el refrigerio | |

Describe: _____

Comunicación

- El participante puede comunicar efectivamente sus necesidades o si necesita ayuda

De lo contrario, marque las opciones que correspondan:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Solicita objetos señalando | <input type="checkbox"/> Sistema de comunicación por intercambio de imágenes (PECS) |
| <input type="checkbox"/> Señas/gestos/lenguaje de señas americano (ASL) | <input type="checkbox"/> Por escrito/horarios visuales/tarjetas de palabras |
| <input type="checkbox"/> Dispositivo de comunicación | <input type="checkbox"/> Frases de una o dos palabras |
| <input type="checkbox"/> Vocalizaciones o sonidos | <input type="checkbox"/> Incapaz de comunicar sus necesidades |

Describe: _____

Sensorial

Marque las opciones que podrían afectar el comportamiento o la participación del participante:

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Luces brillantes/luz solar | <input type="checkbox"/> Calor/frío | <input type="checkbox"/> Tacto | <input type="checkbox"/> Sonidos/ruidos fuertes |
|---|-------------------------------------|--------------------------------|---|

Otro: _____

El participante disfruta las siguientes actividades sensoriales que enviaremos a la noche para padres:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Protección de los oídos | <input type="checkbox"/> Juguetes masticables | <input type="checkbox"/> Mantas/chalecos con peso | <input type="checkbox"/> Cepillado corporal |
| <input type="checkbox"/> Juguetes afelpados | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Comportamientos

Instrucciones: Indique la frecuencia aproximada (si la hay) de los siguientes comportamientos.

COMPORTAMIENTO	CONTEO		TIEMPO	INSTRUCCIÓN DADA
<i>Ejemplo: No cumple las solicitudes</i>	3 veces	por	hora	
Araña, pellizca, muerde o se golpea		por		
Araña, pellizca, muerde o escupe a otros		por		
Se golpea la cabeza		por		
Agarra a otros		por		
Jala el cabello		por		
Se escapa/riesgo de fuga		por		
Husmea/toma los objetos personales de otras personas		por		
Se quita la ropa/se expone en público		por		
Otro		por		

¿Hay algo más que le gustaría que el personal de guardería sepa para hacer que la experiencia de su hijo(a) en la noche para padres sea positiva y exitosa?

2018 ESBA Formulario de registro familiar anual

Información del padre/tutor/cuidador:

Nombre(s): _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Correo electrónico: _____

Además de los individuos que se mencionó anteriormente, las siguientes personas están autorizadas a recoger o dejar al participante: (Se requiere identificación)

Nombre: _____ Teléfono: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____

Personas que asisten a programas de relevo:

Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____

Información de contacto de emergencia

(que no sean padres o los cuidadores mencionados)

Nombre: _____ Teléfono celular: _____

Relación con el participante: _____

Nombre: _____ Teléfono celular: _____

Relación con el participante: _____

Médico: _____ Número de teléfono: _____

Al firmar a continuación, reconozco lo siguiente: He proporcionado al Easter Seals Bay Area la información más reciente y actualizada, incluida la información de salud, médica y de los usuarios autorizados a recoger al (a los) participante(s) que se mencionó(aron) anteriormente. Además, adjunté todos los planes de apoyo necesarios para garantizar que los participantes tengan una experiencia segura y saludable mientras participan en los eventos de relevo. Entiendo que si el comportamiento de la persona representa una amenaza para su seguridad o la de los demás, es posible que deba retirarse del programa. En caso de emergencia, doy mi permiso para que el Easter Seals Bay Area busque atención médica de emergencia y tratamiento del médico o del hospital que identifiqué anteriormente para el participante.

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____



FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE FOTOGRAFÍAS/VIDEOS/AUDIOS O TESTIMONIALES:

Certifico que soy el padre o tutor legal del menor que se menciona a continuación, o un representante de una persona que es adulta, pero que carece de la capacidad para dar su consentimiento, y que tengo la autoridad para autorizar a Easterseals Bay Area, sus afiliados, subsidiarias y socios ("ESBA") para tomar fotografías, capturar videos y grabar audio de dicho individuo mientras asistimos al evento de _____ ESBA en _____, _____.

En nombre mío y de mi(s) hijo(s), por medio de la presente otorgo a ESBA y sus sucesores, cesionarios y licenciatarios una licencia no exclusiva, irrevocable y libre de regalías para incorporar, usar (incluso en campañas de medios importantes) y reproducir el retrato, imagen, primer nombre, voz, narrativas, representaciones creativas, representaciones, imágenes, películas, fotografías, grabaciones audiovisuales, grabaciones de sonido o testimonios míos y de mi hijo(a) hechos por ESBA o sus respectivos empleados y agentes, incluida cualquier información biográfica que aparece en el Material (colectivamente el "Material") en relación con comunicaciones, publicidad y actividades de recaudación de fondos de ESBA u otras organizaciones de Easterseals, de cualquier manera y en todos los medios, incluidos los medios electrónicos, ya sean conocidos o desarrollados en un futuro, en todos los territorios del mundo, a perpetuidad.

Entiendo que los Materiales pueden transmitirse o publicarse. Cualquier divulgación del nombre de mi hijo(a) se limitará al primer nombre. Acepto que ESBA tendrá derecho a editar, cortar, alterar, modificar, reorganizar, agregar material, eliminar material o hacer otros cambios al Material según lo considere apropiado, a su exclusivo criterio. Por medio de la presente, renuncio a favor de ESBA y sus sucesores, cesionarios y licenciatarios a todos los derechos morales de cualquier naturaleza sobre y para el Material.

Reconozco que los derechos que se describieron anteriormente se otorgan a ESBA de forma ilimitada, perpetua, sin compensación ni pago por uso actual o futuro. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que si mi hijo(a) es cliente de ESBA, ESBA no condicionará ningún tratamiento o financiamiento a mi hijo(a) al completar esta autorización. Por medio de la presente, libero a ESBA y sus sucesores, cesionarios y licenciatarios de todas y cada una de las reclamaciones y demandas que surjan de o en

conexión con el uso de los Materiales, incluidos, entre otros, todos los reclamos por invasión de privacidad, violación de mi derecho de publicidad, difamación, apropiación indebida, luz falsa y cualquier otro derecho personal o de propiedad. Entiendo que ESBA procede basándose en este permiso.

He leído esta liberación y autorización antes de firmar a continuación, y entiendo por completo su contenido.

MENCIONE LOS NOMBRES COMPLETOS DE TODOS LOS NIÑOS A CONTINUACIÓN:

Nombre Año de nacimiento

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- También certifico que se puede usar y reproducir la imagen, primer nombre, voz, narrativas, representaciones creativas, representaciones, imágenes, películas, fotografías, grabaciones audiovisuales, grabaciones de sonido o testimonios míos.

Nombre del padre/tutor en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico (opcional): _____

Acuse de recibo – Uno por familia
Manual para padres o tutores y participantes 2018
Servicios de relevo de ESBA: noche para padres

Yo, _____, el padre/tutor de _____
(Nombre del padre/tutor) (Nombres de los participantes)

Firmo a continuación acusando recibo del manual para padres o tutores y participantes, y acepto cumplir con las políticas y los procedimientos establecidos. Entiendo que es mi responsabilidad leer y familiarizarme con el manual y hacer preguntas sobre cualquier cosa que no entienda.

Firma

Fecha

Servicios del programa de relevo de ESBA

Manual para padres o tutores y participantes 2018

Información general del programa

El programa de relevo de Easter Seals Bay Area brinda descanso y relajación a los familiares y cuidadores principales de las personas con necesidades especiales o discapacidades. El relevo mejora la salud personal y familiar al proporcionar el cuidado físico necesario y actividades recreativas, a la vez que ofrece a los padres y cuidadores un merecido descanso.

Nuestro programa de relevo proporciona:

- un ambiente seguro y enriquecedor para todos los niños
- actividades motoras generales y experiencias recreativas
- cuidado para los hermanos
- una proporción de personal/adultos a niño de no más de 1 a 3
- personal calificado y experimentado
- actividades temáticas y manualidades
- películas
- refrigerios

Formularios de registro

Los formularios de registro actuales que se completan exhaustivamente son necesarios para los participantes de todos los eventos de relevo. Además, es posible que se requieran formularios suplementarios cuando se considere necesario. Estos incluyen, entre otros, planes de educación individualizados, planes de apoyo conductual, planes de tratamiento individualizado, planes de control de convulsiones, etc. Easter Seals Bay Area también puede solicitar a los padres/cuidadores una liberación de información para buscar información adicional de maestros, terapeutas, etc.

Se evaluará a las personas que participen en el programa de relevo para determinar el nivel de atención requerido y evaluar cómo el personal puede satisfacer mejor las necesidades del participante. El nivel de atención asignado será a modo de prueba y lo determina Easter Seals Bay Area. Si el personal determina que las necesidades del participante han cambiado, se asignará un nuevo nivel de atención.

Una vez que se haya asegurado toda la documentación necesaria y se haya establecido un nivel de atención, un empleado de Easter Seals Bay Area se pondrá en contacto con usted para proporcionarle el enlace de registro a través de Eventbrite.

Programación

Una vez que haya completado los formularios de inscripción anuales, podrá registrarse para los eventos de relevo. Un mes antes de cada evento programado, todas las familias registradas recibirán un correo electrónico para registrarse para el próximo evento de relevo. El registro se realizará por orden de llegada, con la excepción de las familias que hayan estado en la lista de espera del evento anterior, quienes tendrán la oportunidad de registrarse primero.

Política de cancelación

Las familias deben notificar a ESBA mandando un correo electrónico a programs@esba.org o llamando al (925) 448-4952 por lo menos 48 horas antes del evento de relevo. Esto dará a otras familias en la lista de espera una oportunidad de registrarse y asistir. Si debe cancelar menos de 48 horas antes del evento de relevo, también llame o envíe un correo electrónico para que se pueda ofrecer el lugar a las familias en la lista de espera.

No envíe a un niño(a) enfermo(a) a un evento de relevo. El participante no debe tener fiebre, vómito, diarrea, tos fuerte o incontrolable, o dolor durante al menos 24 horas (sin el uso de medicamentos para reducir la fiebre) para participar en un evento de relevo.

Artículos que debe llevar

Cada familia que participe en un evento de relevo DEBE llevar una bolsa, etiquetada con el nombre o los nombres de los participantes. Incluya los siguientes artículos:

- muda adicional de ropa (incluida ropa interior, calcetines, playera y pantalones para cada miembro que participe en el evento)
- pañales, toallitas, calzoncillos (si se usan)
- todo lo necesario para satisfacer las restricciones dietéticas especiales
- suéter/chamarra (ajustar según la estación)
- artículos sensoriales (si es necesario)

Artículos que no debe llevar

- cualquier electrónico (es decir, celulares, iPods, cámara, Nintendo DS, etc.)

Procedimientos y políticas para entregar y recoger a los participantes

Entrega

- La entrega para los eventos de relevo es de 5:30 p. m. a 6:00 p. m. Los participantes deben llegar a más tardar 30 minutos después del inicio del evento; de lo contrario, la familia correrá el riesgo de ser rechazada del programa para esa noche. Si sabe que llegará más de 15 minutos tarde al programa, avísenos de inmediato para que podamos garantizar que esté el personal adecuado en el momento de su llegada.
- DEBE entregar un formulario de administración de medicamentos completo para los medicamentos. Solicite que se le envíe el formulario por correo electrónico con anticipación en programs@esba.org.

Recogida

- **Llegadas tardías:** el relevo termina a las 8:30 p. m. Llegue a tiempo para recoger a su hijo(a). La política del programa de relevo establece que una llegada tardía ocasionará el cobro de una cuota de \$10 por el primer minuto y \$1 por cada minuto posterior. La cuota debe pagarse en su totalidad a ESBA antes de que el participante pueda asistir a otro evento de relevo.
- **Padres/cuidadores intoxicados o discapacitados:** De conformidad con la política de Easter Seals Bay Area, no se permitirá que ningún cliente se retire de una instalación del programa de ESBA o una actividad patrocinada con un padre, tutor o cuidador que se presente en un estado que podría evitar que se garantice el bienestar del cliente.
 - El personal de ESBA usará su mejor juicio para determinar si un padre, tutor o cuidador se presenta en una condición que puede impedir que se garantice el bienestar de los consumidores.
 - Si se considera necesario, el personal se comunicará con otro usuario autorizado o contacto de emergencia en el formulario de registro. Si no están disponibles, se organizará un transporte alternativo para garantizar la seguridad de las familias.

Política de comportamiento y consulta

En caso de que un participante represente una amenaza para su propia seguridad o la seguridad de otros durante un evento, el personal de relevo solicitará una consulta de comportamiento con el personal de apoyo del comportamiento en ESBA. El personal de apoyo del comportamiento trabajará con el personal de relevo para proporcionar recomendaciones sobre el comportamiento con el fin de ayudar a reducir los comportamientos objetivo. Si el comportamiento del participante no mejora con

la ayuda del apoyo del comportamiento, es posible que se requiera que el participante se retire del programa de relevo.

Administración de medicamentos

El proceso para manejar y administrar medicamentos debe estar bien estructurado y debe seguirse cuidadosamente para garantizar que se atiendan de mejor manera los intereses de los niños y los proveedores. Cuando sea posible, los padres y el médico del niño(a) deben tratar de reducir la necesidad de medicamentos mientras participan en los eventos de relevo de ESBA. Por lo general, los medicamentos ordenados deben administrarse antes o después, en lugar de durante las horas de cuidado de niños. En algunos casos, sin embargo, la administración de medicamentos durante el horario del programa es inevitable.

Consentimiento médico

El personal de relevo de ESBA administrará los medicamentos solamente si el padre o tutor legal brindó su consentimiento por escrito mediante el Consentimiento médico y registro de medicamentos, si el medicamento está disponible en una receta con la etiqueta original o en el envase del fabricante que cumpla los requisitos de verificación de seguridad.

1. Medicamentos recetados

- Los padres de los tutores legales proporcionarán el medicamento en el envase original a prueba de niños que esté etiquetado por un farmacéutico con el nombre del niño(a), el nombre y la potencia del medicamento.
- La fecha en la que se surtió la receta.
- El nombre del proveedor de atención de médica que emitió la receta.
- La fecha de caducidad del medicamento.
- Las instrucciones de administración, almacenamiento y desecho.

2. Medicamentos de venta libre

- Los padres o tutores legales proporcionarán el medicamento en el contenedor original.
- El medicamento se etiquetará con el nombre y apellido del niño(a).
- Con las instrucciones específicas y legibles para la administración y almacenamiento suministradas por el fabricante.
- Y el nombre del proveedor de atención médica que haya recomendado el medicamento para el niño.

Situaciones de emergencia o crisis

Se espera que los padres y cuidadores siempre estén disponibles a través del teléfono celular mientras su ser querido esté con nosotros en un evento de relevo. Si no es posible comunicarse con el padre o cuidador principal, el personal se comunicará con los contactos de emergencia que se

mencionen en el formulario de registro. Si no es posible comunicarse con los contactos de emergencia, Easter Seals Bay Area se reserva el derecho de llamar a ayuda médica de emergencia (911) para obtener ayuda.

- Las crisis o emergencias pueden incluir (entre otras) situaciones como incendio, recogida tarde del evento de relevo, inquietudes médicas o sobre el comportamiento.

¿Cumplidos, inquietudes o preguntas?

Dirija todos los cumplidos/inquietudes/preguntas a Stacey Murphy, directora adjunta de Participación Familiar y Servicios de Apoyo de ESBA. Puede comunicarse con Stacey al (925) 448- 4952 o en Stacey.murphy@esba.org.



Formulario de consentimiento de medios de comunicación de los padres o tutores

Por medio del presente, yo (nosotros) otorgo (otorgamos) a Peter Pan Foundation (PPF) el derecho y el permiso irrevocable para reproducir el nombre, imagen, identidad, voz, imagen fotográfica, imagen videográfica y declaraciones orales o grabadas de mi hijo(a) en cualquier publicación de PPF destinada a la promoción, educación, recaudación de fondos u otro uso relacionado, lo cual incluye, entre otros, la difusión de películas, publicaciones impresas, páginas web, publicaciones en redes sociales y publicaciones en la web, asociadas con PPF.

Al firmar este formulario, eximo a PPF y sus funcionarios, agentes y empleados de cualquier reclamación o responsabilidad relacionada con el uso del nombre, imagen, identidad, voz, imagen fotográfica, imagen de video y declaraciones orales o grabadas de mi hijo(a).

Reconozco que PPF contará con este permiso y liberación para la producción, transmisión y distribución de materiales que contengan el nombre, imagen, voz, imagen fotográfica, videografía o declaraciones orales o grabadas de mi hijo(a), y que ni yo ni mi hijo(a) recibiremos ningún dinero o remuneración de cualquier tipo de parte de PPF en relación con este permiso y liberación o con los materiales cubiertos por este permiso y liberación. Renuncio al derecho de aprobar el producto final. Acepto que todos los retratos, imágenes, fotografías, grabaciones de video y audio, y cualquier reproducción de los mismos, y todas las placas, negativos, cintas de grabación y archivos digitales son y seguirán siendo propiedad de PPF.

Reconocimiento de entendimiento: He leído y entiendo que por este medio otorgo a PPF el derecho y permiso absoluto e irrevocable de utilizar estos medios para su uso de la manera que se describe en este formulario. Al firmar a continuación, defiendo, indemnizo y acepto eximir de responsabilidad a PPF y a sus directores, funcionarios, empleados, y clientes actuales y anteriores de todas y cada una de las reclamaciones, demandas, causas de acción o responsabilidad relacionadas con la publicación de cualquier fotografía/imagen e identificador personal para los que he otorgado el uso, incluidos, entre otras, cualquier reclamación por invasión de privacidad, apropiación de similitudes o difamación. Reconozco que firmo el acuerdo de forma libre y voluntaria y que mi intención es que mi firma sea una liberación completa e incondicional de toda responsabilidad en la mayor medida permitida por la ley. Esta publicación es vinculante para mí, mi hijo(a) (que se menciona a continuación) y nuestros herederos, cesionarios y representantes personales.

Nombre del participante: (en letra de imprenta) _____

Nombre del padre/tutor: (en letra de imprenta) _____

Firma del padre/tutor: _____

Relación con el participante: _____ Fecha: _____

The Peter Pan Foundation • P.O. Box 595 • Lafayette, CA 94549