

Por favor ESCRIBA CLARAMENTE y complete el frente y el reverso de cada página.

Información del Participante			
Nombre de la Escuela:			
Nombre del participante:			
Étnica: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Fecha de Nacimiento:		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Declinar decir	
Grado:			
¿En qué grado ha participado su hijo (a) en el programa? <input type="checkbox"/> 1 ^{ro} <input type="checkbox"/> 2 ^{do} <input type="checkbox"/> 3 ^{ro} <input type="checkbox"/> 4 ^{to} <input type="checkbox"/> 5 ^{to} <input type="checkbox"/> 6 ^{to} <input type="checkbox"/> 7 ^{mo} <input type="checkbox"/> 8 ^{vo}			
¿Recibe su hijo (a) almuerzo gratis/costo reducido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Por favor indique si sufre de alguna alergia y/o condición médica:			
Información de Padre(s)			
Nombre:			
Dirección:			Teléfono 1:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono 2:
Email:			
Relación al niño (a): <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Hermano/Hermana			
Idioma hablado en casa:		Nivel de Inglés: <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Bajo	
¿Qué parte(s) de America SCORES te gusta más? <input type="checkbox"/> Fútbol <input type="checkbox"/> Poesía <input type="checkbox"/> Servicio a la comunidad			
¿Prefieres la comunicación por correo electrónico o mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Sin preferencias			
¿Tienes un teléfono con acceso a internet o puedes acceder a internet en su casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Contacto en caso de Emergencia (Otro que no sea Padre/Tutor Legal)			
Nombre:			
Relación al niño(a):		Teléfono:	
Contacto Secundario en caso de Emergencia:			
Nombre:			
Relación al niño(a):		Teléfono:	



Nombre del participante: _____

Fecha: _____

Acuerdo de exención e indemnización

Yo, el padre/tutor legal abajo firmante del participante mencionado anteriormente, entiendo que la participación en America SCORES y el programa Soccer for Success de la US Soccer Foundation implica ciertos riesgos inherentes de lesiones, a pesar de todas las precauciones de seguridad tomadas por America SCORES. Por lo tanto, como padre y/o tutor, asumiré todos los riesgos, lesiones o enfermedades, para mi(s) hijo(s) que puedan ocurrir durante la participación en cualquier actividad o uso de instalaciones asociadas con el programa America SCORES o Soccer for Success. Por la presente, doy permiso para que el personal y los operadores del Área de la Bahía de América SCORES utilicen su mejor criterio para organizar el tratamiento médico de emergencia de mi(s) hijo(s) además de contactarme lo mejor que puedan. Certifico que mi(s) hijo(s) está(n) totalmente cubierto(s) por un seguro médico y que soy totalmente responsable de todos los costos incurridos debido al tratamiento médico o dental, según lo considere necesario el personal y los operadores de America SCORES Bay Area y US Soccer Foundation.

Al firmar este formulario, reconozco que soy consciente de los riesgos potenciales de participación en cualquier actividad o uso de las instalaciones asociadas con el programa, y de ninguna manera hago responsable a America SCORES del Área de la Bahía o la Fundación de Fútbol de los Estados Unidos, su respectiva matriz, sus subsidiarias o afiliados, o sus respectivos gerentes, agentes, empleados, directores, funcionarios, agencias patrocinadoras, voluntarios o la instalación o sus operadores, entrenadores, funcionarios o anunciantes, (individual y colectivamente, las "Partes liberadas"), responsables de cualquier lesión que mis hijos puedan sufrir. **YO, POR MÍ MISMO, MI ESPOSA Y MI(S) HIJO(S), LIBERO ADEMÁS, ABSUELVO, INDEMNIZO Y SOSTENGO A LAS PARTES LIBERADAS LIBRES CONTRA CUALQUIER RECLAMACIÓN DE LESIÓN O MUERTE DE MI(S) HIJO(S) EN RELACIÓN CON CUALQUIERA Y TODAS LAS ACTIVIDADES MENCIONADAS.**

HE LEÍDO, Y ENTIENDO, Y FIRMO VOLUNTARIAMENTE ESTE ACUERDO DE RENUNCIA E INDEMNIZACIÓN.



Nombre del padre/tutor - En letra de molde

Firma

Evaluación

America SCORES y sus socios recopilan datos para evaluar la efectividad y el impacto del programa. Se les pedirá a los estudiantes que completen una encuesta y proporcionen comentarios continuos. Yo, el padre/tutor legal del participante mencionado anteriormente, acepto lo siguiente: Le doy permiso a América SCORES Bay Area y Public Profit, un socio de America SCORES, para recopilar los datos de nivel de estudiante identificables de mi hijo(a) de su escuela o distrito escolar. Estos datos incluyen calificaciones, asistencia, ELA y la información de las pruebas de Matemáticas, encuesta de percepción del estudiante, inscripción, biografía, curso y crédito, aptitud y resultados de graduación para los años 2009-2010 a 2024-2025 con el entendimiento de que toda la información obtenida permanecerá privada y que cualquier respuesta que se informe públicamente se agrupará con otros participantes de este programa y que mi hijo no estará vinculado individualmente a su respuesta. America SCORES no compartirá el nombre de su hijo(a) en los informes de evaluación. America SCORES Bay Area cumplirá con las regulaciones que protegen la información personal de su estudiante. Los padres tienen derecho a solicitar la revisión de los datos recopilados de sus alumnos, revocar el permiso para continuar la recopilación y solicitar la eliminación de la información de identificación de sus alumnos de los datos recopilados.



Nombre del padre/tutor - En letra de molde

Firma

Liberación de modelo y autorización de video/fotografía

Para todos los estudiantes: Como padre/tutor del niño, por la presente otorgo una licencia a America SCORES Bay Area y sus agentes para usar y licenciar a otros para usar el nombre del niño, voz grabada, imagen, foto o similar en cualquier audio, video o exhibición fotográfica en vivo o grabada u otra transmisión con fines de promoción y publicidad en relación con America SCORES y el programa Soccer for Success y cualquier evento o programa futuro de la US Soccer Foundation y por la presente renuncio a cualquier derecho de compensación o propiedad de los mismos.

Para estudiantes en San Francisco: Su hijo participan en un programa para jóvenes financiado por el Departamento de Niños, Jóvenes y sus Familias de San Francisco (DCYF). El personal o los contratistas de DCYF pueden, en ocasiones, visitar este programa para tomar fotografías para proyectos de información pública. Los proyectos de información pública tienen como objetivo educar a los líderes cívicos y al público en general sobre los programas y servicios disponibles para los niños, jóvenes y familias de San Francisco. Los proyectos de ejemplo incluyen publicaciones y exhibiciones de DCYF, así como el sitio web de DCYF (<http://www.dcyf.org>). Al firmar este formulario, autoriza al personal y los contratistas de DCYF a tomar fotografías de las actividades del programa que pueden incluir imágenes de usted o de su hijo y a utilizar estas fotografías para los proyectos de información pública descritos anteriormente.

HE LEÍDO, Y ENTIENDO, Y FIRMO VOLUNTARIAMENTE ESTA LIBERACIÓN DE MODELO Y AUTORIZACIÓN DE VIDEO/FOTOGRAFÍA.



Nombre del padre/tutor - En letra de molde

Firma

Autorización de divulgación de información confidencial [America SCORES Bay Area]

➡ **Nombre del participante:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nuestra agencia cuenta con el apoyo de un otorgamiento del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias de San Francisco (San Francisco Department of Children, Youth, and Their Families) (DCYF, por sus siglas en inglés). Como condición de los fondos que recibimos, debemos reportar información a DCYF sobre los servicios que proveemos a los niños, jóvenes y familias que servimos. DCYF trabaja estrechamente con el Distrito Escolar Unificado de San Francisco (San Francisco Unified School District) (SFUSD, por sus siglas en inglés). Los datos que reportamos a DCYF también se comparten con el SFUSD.

DCYF y SFUSD utilizan los datos que les proporcionamos para entender las poblaciones que reciben servicios de los programas patrocinados por DCYF y asegurar que los niños, jóvenes y familias más vulnerables de San Francisco tengan acceso a tales servicios. DCYF también usa los datos para controlar los fondos del otorgamiento y evaluar las actividades y los efectos del programa.

Al firmar este formulario, usted autoriza a nuestra agencia a compartir información sobre la participación de su hijo en nuestro programa (o su participación, si usted es mayor de 18 años) con el personal autorizado de DCYF y SFUSD para los objetivos descritos con anteriormente. La información que reportamos a DCYF incluye la siguiente:

- Información personal, como el nombre, fecha de nacimiento y domicilio;
- Información demográfica, como la raza/etnia y la identidad de género;
- Información educativa, como el nombre de escuela y grado;
- Participación en las actividades y los servicios, como fechas y horas de asistencia; y
- Encuestas anónimas y voluntarias sobre la experiencia de los jóvenes.

DCYF y SFUSD no reportarán públicamente la información que les proporcionemos de ningún modo que pueda usarse para identificar a su hijo (o identificarlo a usted, si es mayor de 18 años).

Restricciones: Toda la información que proporcionemos que esté relacionada con un estudiante del SFUSD estará protegida por leyes federales y estatales que gobiernan el uso, la divulgación y la divulgación posterior de los registros educativos de los estudiantes. Las personas y entidades distintas a DCYF y SFUSD no tendrán acceso a la información personalmente identificable que reportemos, excepto en la medida que tales personas y entidades obtengan una autorización escrita previa de usted o cumplan con las políticas y los procedimientos del SFUSD para obtener acceso a tal información.

Vencimiento: Esta autorización vence el 30 de junio de 2023.

Sus derechos: Puede negarse a firmar este formulario. Puede cancelarlo en cualquier momento informando a nuestra agencia por escrito. Si usted cancela su permiso para permitirnos divulgar su información a DCYF y al SFUSD, la cancelación entrará en vigor de inmediato, a menos que ya se haya divulgado la información. Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario.

➡ **Su nombre:** _____

➡ **Relación con el participante:** ☐ Padre/madre ☐ Tutor legal ☐ Participante mayor de 18 años

➡ **Firma:** _____ **Fecha:** _____