



Massachusetts Institute of Technology  
**Society of Women  
Engineers**



## WiSE Fall & Spring 2012 Permission Form

### **General Information**

Student Name \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Grade \_\_\_\_\_ Home Phone (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
Street Address \_\_\_\_\_  
City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_  
Parent Email Address (if available) \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian 1 \_\_\_\_\_ Cell Phone (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
Parent/Guardian 2 \_\_\_\_\_ Cell Phone (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

### **Emergency Information**

List two persons to contact other than the parent/guardian, in case of emergency:

Contact 1 \_\_\_\_\_ Phone (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
Relation to student (relative, friend, etc.) \_\_\_\_\_  
Contact 2 \_\_\_\_\_ Phone (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
Relation to student (relative, friend, etc.) \_\_\_\_\_

Describe the method of arrival (by bus, car, subway, etc.): \_\_\_\_\_

Does the student have any health problems, allergies (sun, food, medications, other) or special needs that may limit her activity in any way or would require special attention?

No \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ (if yes, please list below)

---

Yes, I give \_\_\_\_\_ (name of student) permission to participate in the WiSE program at MIT on **Saturday, October 13th** from **10:00am to 2:00pm**. I am aware that she will necessarily be in one-on-one contact with an MIT student in this mentoring program. I also give permission for my child to be treated at the MIT Medical Department, if the need arises, and I understand that I will be financially responsible for any treatment.

---

(Signature of Parent or Guardian)

---

(Date)



Massachusetts Institute of Technology  
**Society of Women  
Engineers**



## WiSE Otoño 2012 Forma de Permiso

### *Información General*

Nombre de la estudiante \_\_\_\_\_ Día de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Grado escolar \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
Dirección (calle) \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Email del padre o la madre (si es posible) \_\_\_\_\_  
Nombre de un padre o el tutor \_\_\_\_\_ Número de celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
Nombre de un padre o el tutor \_\_\_\_\_ Número de celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

### *Información en caso de emergencia*

Liste dos personas aparte de los padres que puedan contactarse en caso de emergencia:

Contacto 1 \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
Relación con la niña (pariente, amigo, etc.) \_\_\_\_\_  
Contacto 2 \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
Relación con la niña (pariente, amigo, etc.) \_\_\_\_\_

Describa el método de llegada (en autobús, carro, metro, etc.): \_\_\_\_\_

¿Tiene la estudiante problemas de salud, alergias (al sol, a medicamentos, a alimentos, o de cualquier otro tipo) o necesidades especiales que puedan limitar su participación en cualquier forma o que requieran atención especial?

No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ (si respondió que sí, por favor explique abajo)

---

Sí, le doy permiso a \_\_\_\_\_ (nombre de la niña participante)  
de que participe en el programa WiSE de MIT en **sábado, el 13 de octubre de las 10:00am a las 2:00pm**. Entiendo que ella necesariamente estará en contacto individual con una estudiante de MIT en este programa de tutorial. Le doy permiso de que mi hija sea tratada en el Departamento de Medicina de MIT si acaso surge la necesidad. Entiendo también que seré responsable económicamente de cualquier tratamiento.

---

(Firma de un padre o el tutor)

---

(Fecha)