

**AZ GEAR UP Summer Leadership Academy**

**(GUSLA)**

**Academia de Liderazgo de Verano**

**en Northern Arizona University (NAU)**

****

**SOLICITUD Y LISTA DE VERIFICACIÓN PARA GUSLA 2017**

Para aplicar para el Programa de Liderazgo de Verano (GUSLA), coordinado por GEAR UP, que se llevara a cabo:

**domingo, 11 de junio al viernes, 16 de junio del 2017**

Los padres/ tutores y los solicitantes deben leer y completar toda la solicitud

Para ayudar a asegurarse de que completa toda la solicitud, marque los cuadros abajo conforme completa cada sección, luego regrese todas las páginas necesarias al Coordinador de GEAR UP de su escuela para el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para poder ser elegible para la selección.

**Lista de Verificación**

* **Página 2 I. Expectaciones de Conducta del Estudiante**
* **Página 3 II. Información Personal**
* **Página 4 & 5 III. Información Médica del Estudiante**
* **Página 6 IV. Permiso para ser Atendido (en caso de una emergencia médica)**
  + ***Firmas del padre/guardián son requeridas en Un (1) lugares***
* **Página 7 V. Autorización para Visitar / Sacar al Estudiante de las Instalaciones**
  + ***Firmas del padre/guardián son requeridas en Un (1) lugares***
* **Página 8 & 9 VI. NAU Challenge Course Participant Informed Consent Form**
  + ***Firmas del padre/guardián son requeridas en Tres (3) lugares***
* **Página 10 VII. Convenio de Padre y Estudiante**
  + ***las firmas del padre/guardián y estudiante son requeridas.***

*Muchas gracias por su solicitud por la selección para asistir a la Academia de Liderazgo de*

*Verano en el Campus de NAU en Flagstaff*

Arizona GEAR UP • Northern Arizona University

GEAR UP Summer Leadership Academy Teléfono: 602-728-9501 ⎪ Fax: 602-776-4619 ⎪ Email: [gear.up@nau.edu](mailto:gear.up@nau.edu)

***G****aining* ***E****arly* ***A****wareness and* ***R****eadiness for* ***U****ndergraduate* ***P****rograms*

**Parte I. Expectativas para la Conducta del Estudiante**

La Academia de Liderazgo GEAR UP de Verano (GUSLA) en NAU proporciona una oportunidad para selectos estudiantes de AZ GEAR UP de reunirse dentro de una comunidad que apoya basada en respeto, responsabilidad y confianza. Considerable tiempo y esfuerzo ha sido puesto en hacer este programa una experiencia exitosa para los participantes. Para poder crear y mantener tal comunidad, los estudiantes deben aceptar el llenar específicas expectativas de conducta.

Completando la solicitud de GUSLA, su niño podría ser seleccionado para participar en la Academia de Verano de Liderazgo GEAR UP de AZ en Northern Arizona University (NAU). Por lo tanto, lo alentamos a revisar/discutir estas expectativas con su niño.

**EXPECTATIVAS:**

**Participantes de GUSLA deben:**

👍 Luchar siempre para hacer lo mejor.

👍 Tolerar y respetar individuos de diferentes razas, culturas, religiones, sexos, orientación sexual, discapacidades y orígenes nacionales.

👍 Comportarse de una forma amistosa, cooperativa y responsable hacia todas las personas en la comunidad NAU/GUSLA, en el campus más grande y en la comunidad local.

👍 Asistir a todas las sesiones de clase, alimentos, actividades y juntas.

👍 Proporcionar cualquier y todos los medicamentos de receta a los Administradores del Programa para entregarlas en el tiempo apropiado.

👍 Permanecer en campus todo el tiempo a menos que está participando en una actividad del programa planeada fuera del campus.

👍 Estar acompañado por personal de GUSLA cuando viajen en campus.

**Los Participantes de GUSLA no deben:**

👎 Entrar en los pasillos de los pisos de residencia del sexo opuesto sin la compañía de un miembro del personal.

👎 Poseer o usar alcohol, drogas, o tabaco.\*

👎 Abusar, actual violentamente contra otra persona, o usar cualquier forma de abuso físico, verbal o emocional o intimidación de otros.\*

*\* Violaciones de estas expectativas resultarán en despido inmediato de GUSLA. Se espera que los padres arreglen el transporte a casa de su niño y acción legal será tomada cuando sea apropiado.*

**Parte II. Información Personal** (Favor de escribir claramente en letra de molde usando tinta negra)

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Domicilio para Correo:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Calle, Ruta, Caja) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

**Teléfono de Casa:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Edad**: \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ **Sexo** (ponga un círculo en uno)**:** **M F**

Mes Día Año

**Teléfono Celular del Padre #** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Email del Padre Domicilio**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tamaño de Camiseta del Estudiante** (Tamaño Adulto, ponga un círculo en uno): XChico Chico Mediano Grande XGrande 2XGrande 3XGrande 4X Grande 5XGrande

**¿Has participado en el programa de Liderazgo de Verano, GUSLA, antes?** (marca todas las que correspondan): □ nunca Sí, participé en el verano del □ 2014 □ 2015 □ 2016

**Nombre de la Escuela**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información del Padre / Guardián**

Padre o Guardián Madre o Guardián

**Nombre**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nombre**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Número Telefónico de Día**: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Número Telefónico de Día**: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Número Telefónico en la Tarde**: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Número Telefónico en la Tarde**: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Teléfono Celular**: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono Celular**: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cuál padre tiene custodia del estudiante?**  □ Ambos □ Madre □ Padre □Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Parte III. Información Médica del Estudiante**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Para ser llenada por el padre/guardián** | | **GUSLA Fechas de Sesión: Junio 11- 16, 2017** | | | | |
| Nombre del Estudiante Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo | | | | | | |
| Domicilio | | | Fecha de Nacimiento | | | Domicilio |
| Padre / Guardián | | Madre/ Guardián | | | | |
| Teléfono durante el día | | Teléfono durante el día | | | | |
| Teléfono durante la tarde | | Teléfono durante la tarde | | | | |
| Teléfono Celular | | Teléfono Celular | | | | |
|  | |  | | | | |
| Nombre de la Compañía de Seguros | | Nombre de la Compañía de Seguros | | | | |
| Póliza # y grupo # | | Póliza # y grupo # | | | | |
| Tarjeta de Recetas Médicas # | | Tarjeta de Recetas Médicas # | | | | |
| Contacto de Emergencia #1  (Diferente del padre / guardián, debe estar en EU) | | Contacto de Emergencia #1  (Diferente de la madre / guardián, debe estar en EU) | | | | |
| Relación con el Estudiante | | Relación con el Estudiante | | | | |
| Teléfono durante el día | | Teléfono durante el día | | | | |
| Teléfono durante la tarde | | Teléfono durante la tarde | | | | |
| **Marque la declaración que corresponda:** | | | | | | |
| 🞏 Mi niño toma medicinas regulares. Entiendo que medicinas (incluyendo medicinas recetadas, medicinas sin receta, vitaminas y suplementos) serán dadas por el personal de GUSLA únicamente, y que mi niño no debe conservar medicamentos con él o ella (con la excepción de inhaladores, insulina, auto inyector y medicamentos tópicos) Entiendo que todos los medicamentos deben estar en sus envases originales y serán dados de acuerdo con las direcciones del doctor o del envase. | | | | | 🞏 Mi niño no toma medicinas regulares en este momento. | |
| **Favor de Escribir Legible en Letra de Molde:** | | | | | | |
| Nombre del Medicamento Dosis Hora (circule tantas como aplique)  **Desayuno Lonche 3pm Cena Hora de irse a la cama**  Este medicamento es para : | | | | | | |
| Nombre del Medicamento Dosis Hora (circule tantas como aplique)  **Desayuno Lonche 3pm Cena Hora de irse a la cama**  Este medicamento es para : | | | | | | |
| Nombre del Medicamento Dosis Hora (circule tantas como aplique)  **Desayuno Lonche 3pm Cena Hora de irse a la cama**  Este medicamento es para : | | | | | | |
| **Parte IV. Información Médica del Estudiante, continuación** | | | | | | |
| **Nombre del Estudiante: GUSLA Fechas de Sesión: Junio 11- 16, 2017** | | | | | | |
| **Medicinas sin receta:**  GUSLA dispensará los siguientes medicamentos (o sus equivalentes genéricos) según sean necesarios para los síntomas indicados y de acuerdo a las instrucciones del envase. Revise esos medicamentos que su niño PUEDE recibir según sea necesario (PRN). No podemos proporcionar ninguna que no haya sido anotada.   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  Advil (ibuprofen for pain and fever) |  Alka-Seltzer Cold & Flu |  Benadryl for allergy symptoms | |  Throat drops & throat spray |  Midol / Pamprin for menstrual cramps |  Mira lax for constipation | |  Imodium for diarrhea |  Pepto Bismol & Tums for stomach upset |  Tylenol for headache, fever, or pain | |  Robitussin DM for Cough |  Sudafed for sinus congestion |  Visine for eye irritation | | | | | | | |
| Por favor no dé a mi niño los siguientes medicamentos bajo NINGUNA circunstancia: | | | | | | |
| Alergias a medicamentos, alimentos, piquetes de insectos, etc. | | | | | | |
| ¿Su niño carga un auto inyector para alergias? ⁪ Sí ⁪ No | | | | | | |
| Historia de operaciones o enfermedades serias: | | | | | | |
| ¿Está su niño bajo el cuidado de psicólogo, psiquiatra o consejero? Si es así, por favor dé la información de contacto: | | | | | | |
| Por favor dé el historial médico completo de su niño abajo. Esta información será necesaria en caso de que niño necesita tratamiento médico de emergencia. Cheque si hay un historial de problemas o condición: | | | | | | |
| ⁪ Infecciones de Oído, sinusitis | ⁪ Infecciones de Oído, sinusitis | | | ⁪ Infecciones de Oído, sinusitis | | |
| ⁪ Migrañas / dolores de cabeza | ⁪ Migrañas / dolores de cabeza | | | ⁪ Migrañas / dolores de cabeza | | |
| ⁪ Deterioros del Oído / Visión | ⁪ Deterioros del Oído / Visión | | | ⁪ Deterioros del Oído / Visión | | |
| ⁪ Asma | ⁪ Asma | | | ⁪ Asma | | |
| ⁪ Bronquitis / pulmonía | ⁪ Bronquitis / pulmonía | | | ⁪ Bronquitis / pulmonía | | |
| ⁪ Defecto del Corazón / enfermedad | ⁪ Defecto del Corazón / enfermedad | | | ⁪ Defecto del Corazón / enfermedad | | |
| ⁪ Hemofilia/anemia/desordenes de la sangre | ⁪ Hemofilia/anemia/desordenes de la sangre | | | ⁪ Hemofilia/anemia/desordenes de la sangre | | |
| **Detalles de condiciones checado arriba** (por favor proporcione páginas adicionales como sea necesario) | | | | | | |
| **Información Adicional:** ¿Tiene su niño alguna necesidad especial que a usted le gustaría que supiéramos para hacer de su semana en GUSLA más exitosa? Por ejemplo, tiene su niño un IEP, necesidades especiales en el salón de clases, problemas de comportamiento u otros problemas de los que su maestro debería conocer? | | | | | | |

**Parte V. Permiso para tratamiento y Exención de Responsabilidad: firma requerida abajo**

Doy mi permiso a mi niño/a, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para participar en este Programa de Northern Arizona University (“NAU” o “Universidad”). En consideración de permitir a mi niño/a participar en este Programa y las actividades relacionadas, Yo, en representación de mi niño(a) y por mí y mi esposa, si hay una, y nuestros herederos, sucesores y asignados:

1. Aceptamos y entendemos que permitir a mi niño(a) participar en el Programa pudiera involucrar una variedad de actividades. Tal participación, particularmente en excursiones, campamentos de deportes y educación física, podría involucrar riesgos, incluyendo pero no limitados a, lesiones personales serias, discapacidad parcial o permanente, daño a propiedad y/o muerte. Estos riesgos pueden ser resultado de las acciones o no acciones propias de mi niño(a), de las acciones o no acciones de otros o puede ser inherente a participar en el Programa. Entiendo y soy responsable por asegurar que mi niño está apropiadamente preparado para todas las actividades del Programa y yo represento que mi niño(a) está en buena salud y es capaz de participar completamente en todas las actividades del Programa.
2. Asumo todos los posibles riesgos y acepto responsabilidad personal y financiera por todos los daños por lesiones personales, discapacidad parcial o permanente, daño a propiedad o muerte de mi niño, o causada por mi niño en la completa extensión permitida por la ley.
3. Acepto no demandar al Estado de Arizona, la Junta de Regentes de Arizona, Northern Arizona University, (Universidad del Norte de Arizona) sus oficiales, empleados, agentes y asignados y hago exención de todas las reclamaciones, demandas, pérdidas o daños a causa de lesiones personal, discapacidad parcial o permanente, daño a propiedad o muerte causada o sospecha de ser causada en su totalidad o parcialmente por las acciones de cualquier persona o entidad, en la completa extensión permitida por la ley.
4. Entiendo que el único tratamiento médico que será proporcionado por el Programa es por tales cosas como pequeños raspones y golpes. Cualesquier costo médico, incluyendo tratamiento médico de emergencia que pudiera incurrir como resultado de la participación de mi niño en el Programa será mi responsabilidad financiera.
5. Por la presente doy mi consentimiento a NAU, a cualquier instalación médica apropiada, incluyendo pero no limitada a los Servicios de Salud en Campus localizada en el campus principal de Northern Arizona University, para proporcionar cualesquier servicios médicos que pudieran estimar necesarios para mi niño(a) en el caso de una emergencia. Certifico que tengo seguro adecuado y u otras formas de pagar por cualesquier costos y gastos relacionados a estos servicios y estoy de acuerdo en aceptar tales costos y gastos en su totalidad
6. Renuncio a y libero toda reclamación en contra del Estado de Arizona, la Junta de Regentes de Arizona, y Northern Arizona University, sus oficiales, empleados, agentes y asignados que sucedan en un tiempo cuando mi niño(a) no está bajo la supervisión directa de NAU o que son causados por la falta de mi niño de permanecer bajo tal supervisión o cumplir con las reglas o instrucciones, en la completa extensión permitida por la ley.
7. **RECONOZCO QUE HE LEÍDO LA CITADA SUPOSICIÓN DE RIESGO, EXENCIÓN Y LIBERACIÓN, ENTIENDO QUE HE RENUNCIADO A DERECHOS SUBSTANCIALES AL FIRMARLA, Y LA FIRMO VOLUNTARIAMENTE.**

**Firma del padre o guardián legal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Parte VI. AUTORIZACIÓN a VISITAR/SACAR AL ESTUDIANTE DEL CAMPUS firma requerida abajo**

Por favor complete esta forma si cualquier persona otra que el/los padre(s) o guardián(es) pudieran visitar a su niño o sacarlo del campus durante la sesión o en el día de salida (Los coordinadores de la localidad de la escuela de su estudiante no necesitan estar en la lista.)

**NOTA**: En orden de proteger a los estudiantes **TODOS** los individuos (incluyendo los padres) llegando a visitar o a sacar al estudiante del campus deben visitar la oficina de GUSLA y mostrar una **IDENTIFICACIÓN CON FOTO.**  Asegúrese de dejar saber a cualquiera que venga a ver a su niño acerca de esta norma para que puedan planear de acuerdo. Si usted tiene preguntas acerca de esta norma favor de llamar a la oficina de GUSLA al (602) 728-9501.

Las siguientes personas tienen mi permiso de visitar y/o sacar a mi niño del campus

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | Nombre | Relación a estudiante |
| Domicilio | Número(s) Telefónico(s) |
|  |  |  |
| **2.** | Nombre | Relación a estudiante |
| Domicilio | Número(s) Telefónico(s) |
|  |  |  |
| **3.** | Nombre | Relación a estudiante |
| Domicilio | Número(s) Telefónico(s) |
|  |  | |
|  | Por favor proporcione información acerca de cualquier problema de custodia que pudiera afectar la estancia de su niño en NAU/GUSLA. Adjunte una copia de cualquier documento legal relevante. | |
| **Firma del Padre o guardián\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |

**Parte VI. Exención de Participación en el Curso de Desafío de NAU**

**firmas requeridas abajo**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Reconocimiento/Suposición de Riesgo Exención y Liberación de Responsabilidad** |  |

**IMPORTANTE: ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL**

***(NAU Outdoors es un programa de Servicios de Recreación en Campus, un departamento dentro de la Administración de Inscripción y Asuntos Estudiantiles y debe de aquí en adelante hacer referencia a él como NAUODR).***

**Este documento debe ser leído y firmado por el participante y, en el caso de que el participante sea menor de 18 años, por el/los padre(s) o guardián(es) legales del participante. Si usted tiene preguntas acerca de las consecuencias legales de firmar este acuerdo usted debe consultar a un abogado.**

**Actividad: Programacion de NAU de Carrera de Retos, incluyendo elementos bajos y altos, desde el nivel del suelo hasta 35 a 45 pies de la tierra**

*Todos los participantes del Programa de Liderazgo (GUSLA) tendrán la oportunidad de participar en la Carrera de Retos de NAU, la cual tiene elementos altos (35 pies de la tierra) y elementos bajos (sobre la tierra). Estas carreras de retos les ofrecen a los estudiantes la oportunidad de superar situaciones difíciles, donde el vencer creencias limitantes personales a través del apoyo y motivación de otros compañeros de equipo, ayuda a fomentar confianza, valor, habilidades de comunicación, y compañerismo entre otros estudiantes de GUSLA. Empleados de NAU que se han preparado en estas actividades trabajarán con los estudiantes para ayudarlos a superar los retos durante la carrera. Animamos a que todos los estudiantes participen en esta actividad para recibir los beneficios nombrados. Para poder participar, los estudiantes y sus padres/tutores deben firmar y escribir sus iniciales en los lugares indicados en esta forma.*

Nombre del Participante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Iniciales** (Lea y ponga sus iniciales en cada declaración. Si el participante es menor de 18 años cada declaración debe tener las iniciales del Padre/Guardián.

\_\_\_\_\_\_\_ Reconozco que se me ha dado la oportunidad de participar en la actividad de NAUODR y de que puedo declinar el participar, en cualquier momento, si lo deseo

**Reconocimiento y Suposición de Riesgo**

Al firmar, yo, I \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (participante), voluntariamente acepto participar en la actividad arriba mencionada ofrecida por NAUODR. He tenido la oportunidad de revisar la lista de actividades en www.nau.edu/outdoors y no tengo preguntas acerca de la naturaleza de la actividad en la cual pretendo participar o me he puesto en comunicación con el personal de NAUODR para aclarar cualesquier preguntas que podría tener acerca de la naturaleza de la actividad en la cual intento participar. Entiendo y estoy consciente de que hay una variedad de riesgos y peligros inherentes a dicha actividad. Estos incluyen, pero no están limitados a pérdida o daño de equipo, lesión personal, enfermedad, trauma físico o emocional temporal o permanente, o muerte. Entiendo que podría ser lesionado cuando esté participando debido a mis propias acciones, las acciones de otros o debido a “Actos de Dios.” Doy mi permiso a representantes de NAUODR de proporcionar tratamiento médico en caso de que una emergencia sucediera y para que ellos busquen apoyo médico adicional, en la medida y cuando ellos consideren apropiado. Doy mi permiso a representantes de NAUODR a proporcionar cualquier información de mis récords educacionales, incluyendo este documento, en conexión con una emergencia de salud o seguridad. Doy mi permiso a representantes de NAUODR para transportarme en vehículos de motor en conexión con dichas actividades, incluyendo camionetas de pasajeros, y aseguro mi comprensión de que dicha transportación podría crear riesgos adicionales y por la presente voluntariamente acepto cualquier y todos los dichos riesgos. Entiendo que los viajes de actividades pudieran tener lugar en lugares remotos, que podrían estar localizados a muchas horas de las instalaciones médicas, que la comunicación y transporte podría ser difícil y de que algunas veces las evacuaciones y cuidado médico podría ser significativamente tardado. Yo acepto voluntariamente todo(s) el/los riesgo(s) asociados con mi participación en las actividades de NAUODR.

Reconozco y entiendo que es mi responsabilidad declinar, reducir o parar la participación en el caso de enfermedad, lesión u otra condición médica. Entiendo que el personal puede reducir o parar mi participación cuando ellos determinen que el hacerlo es en el mejor interés por mi seguridad o para ayudar en el bienestar de otros participantes y acepto y reconozco que el personal de NAUODR tiene la autoridad para hacer dicha(s) determinación(es). Entiendo que es mi responsabilidad mantener seguro médico, que dicho seguro médico es requerido estar vigente antes de mi participación en las actividades de NAUDOR, y de que es mi responsabilidad el buscar y recibir evaluación y tratamiento médico para cualesquier síntomas que pudieran salir de o estar relacionadas a mi participación en las actividades de NAUODR. Si una evacuación es necesaria, yo voluntariamente asumo responsabilidad por todos los cargos incurridos en conjunción con la evacuación. Reconozco y entiendo que NAUODR está asegurada por ella misma y no proveerá cobertura de seguro por mí. Estoy de completo acuerdo en obedecer todas las leyes aplicables, políticas y procedimientos de la Junta de Regentes de Arizona, Servicios de Recreación en Campus de NAU, así como cualesquier directivas dadas a mí por el personal de NAUODR en cualquier momento.

**Exención, Liberación e Indemnización**

Estoy de acuerdo en liberar, indemnizar y no culpar al Estado de Arizona, la Junta de Regentes de Arizona, la Universidad del Norte de Arizona, NAUODR y todos sus miembros, empleados y agentes (“Indemnes”) de cualquier y todos los reclamos, daños, pérdidas, lesiones y gastos que sucedan por o estén relacionados a mi participación en las actividades de NAUODR, excepto aquellas que sucedan por una seria negligencia o mala conducta intencional de los Indemnes. Si se hace a los Indemnes defender cualquier acción, demanda o litigación a mi favor o como resultado de mis acciones, por este medio acepto pagar los gastos legales de los Indemnes, incluyendo los honorarios del abogado.

Estoy de acuerdo de que si algún párrafo o parte de este contrato sea declarado inejecutable por una corte de jurisdicción competente, las partes restantes o párrafos deberán permanecer en total fuerza y efecto. Estoy de acuerdo en que el lugar de cualquier demanda resultando o relacionada a este acuerdo deberá ser el Condado de Coconino, Arizona y de que la ley que gobierna dicha demanda deberá ser la ley de Arizona. Los términos de este acuerdo continuarán y estarán en efecto después de que mi participación en las actividades del programa NAUODR hayan sido completadas.

**Permiso para Usar Fotografías**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Al poner mis iniciales aquí, por medio de este doy a NAUODR un permiso para usar o publicar cualesquier fotografías o videos tomados durante este programa con propósitos de publicidad y como una forma de promover la misión educacional de NAUODR y sus programas, incluyendo fotografías o videos los cuales pudieran de otra forma ser considerados como records de educación.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Participante Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de el/los Padre(s)/Guardián(es) y Relación con el participante (en Letra de Molde)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma(s) del/los Padre(s)/Guardián(es) Legal(es) \* (si está firmando por un participante menor de 18 años) Fecha

\*Al firmar certifico para NAUODR que soy el padre o guardián legal del participante arriba nombrado, que tengo la autoridad legal para firmar este Acuerdo y por la presente asumo todas las responsabilidades legales asociadas con esto a favor de y para el participante. Más aun certifico que he leído y no tengo preguntas acerca de este Acuerdo.

**Parte. VII Convenio de Estudiante & Padre/Guardián:**

**firmas requeridas abajo**

Nosotros (Padres/Guardianes y estudiantes) hemos leído todas las Expectaciones de Conducta del Estudiante en la Academia de Liderazgo GEAR UP AZ de Verano y aceptamos que el estudiante seguirá todas las reglas y pautas de conducta para los estudiantes. Sabemos que NAU / AZ GEAR UP se reserva el derecho de pedir al estudiante salir del programa por razones médicas, disciplinarias u otros motivos. Si se le pide salir, entendemos que el estudiante debe dejar NAU dentro de 24 horas y nosotros (los padres/guardianes) debemos proporcionar transporte. Si al estudiante se le pide salir por razones disciplinarias, entendemos que el estudiante pudiera no permitírsele asistir a futuros programas de verano de NAU / AZ GEAR UP.

Entendemos que bajo circunstancias extenuantes, podría ser necesario que NAU / AZ GEAR UP registre sin previo aviso los cuartos y pertenencias del estudiante, en beneficio de la seguridad y bienestar de su estudiante y de los demás.

**Padres:**

* Soy responsable por el costo de reparar o reemplazar cualquier propiedad que mi niño dañe en la localidad.
* Soy responsable por cualesquier gastos que no están cubiertos por las cuotas de matrícula, alojamiento y comidas.
* Soy responsable por cualesquier costos médicos incurridos por mi niño mientras está inscrito en el programa.
* Si mi niño fuera seleccionado para asistir, yo debo tener la Forma Médica completada apropiadamente en la fecha límite apropiada. **Entiendo que mi niño no será admitido en el programa si las formas apropiadamente llenadas no son regresadas.**

Doy permiso para que:

* Mi niño participe en los viajes auspiciados por GUSLA fuera del campus, incluyendo pero no limitados a las excursiones de la clase. Entiendo que mi niño será supervisado por el personal de GUSLA. Estoy de acuerdo que los empleados de NAU/GUSLA, quienes están Certificados por la Junta de Seguridad de Transporte pueda transportar a mi niño a las actividades del programa mientras asiste a GUSLA.
* Mi niño participe en el Consejo Practicum de NAU para aprender más acerca de habilidades de estudio, transición a la Universidad y para obtener apoyo académico y personal.
* Mi niño sea grabado en video, fotografiado y entrevistado para radiotransmisión o publicación y/o tener un ejemplo de su trabajo transmitido o publicado. Entiendo que GUSLA ejercitará discreción acerca del contacto con los medios informativos.
* Mi niño complete todas las pruebas y exámenes que a GUSLA le parezcan necesarias para evaluar la efectividad del programa.

Como padres o guardianes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Entiendo las condiciones de la Academia de Liderazgo de AZ GEAR UP de Verano y doy mi consentimiento para ellas como fueron delineadas. Doy mi permiso para que mi estudiante participe en la Academia de Liderazgo de AZ GEAR UP de Verano en NAU.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Padre o Guardián**  Fecha

**Estudiante:**

Estoy de acuerdo en seguir todas las reglas y expectaciones para la participación en la Academia de Liderazgo de AZ GEAR de Verano en NAU, y entiendo que la continuación de mi participación en la comunidad de NAU/GUSLA depende de mi disposición de seguir estas reglas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Estudiante**  Fecha