City of Gaithersburg - Department of Parks, Recreation, and Culture - 301.258.6350

Participant Consent Form - Roadmap to Success Childcare (ages 4-8) 4.13.19

Name of Child _____ D.O.B. ___/___/___ Age ____ M ___ F___

Address_____

Mother/Guardian Name_____ Father/Guardian Name_____

Mother Phone (C) _____ Father Phone (C) _____

Mother Phone (W) _____ Father Phone (W) _____

Phone (H) _____

My child will be picked up by the above parent/guardian or by an authorized emergency contact listed below:

Emergency contact other than parent:

Name_____ Phone _____

Note: If there are individuals who are specifically NOT authorized to pick your child up from program, please notify Maura Dinwiddie before April 13, 2019 at maura.dinwiddie@gaithersburgmd.gov or 301-258-6350. Supporting documentation may be required.

1. Has your child received all required immunizations? ❒ Yes ❒ No
2. Physician's Name_____ Phone_____
3. Is your child exempt from any immunizations for medical or religious reasons? ❒ Yes ❒ No
   If yes, please submit a letter from your pediatrician.
4. Does your child have any dietary restrictions and/or allergies? ❒ Yes ❒ No
   If Yes, please explain: _____
5. List and behavioral or psychiatric needs that we may need to be aware of to ensure that your child's experience in the program is positive_____
   _____
6. Is your child taking any medications? ❒ Yes ❒ No
   If yes, what medications and why?_____
   Note: If your child needs any medication during program hours, you must complete a medication form signed by physician and submit it before April 13, 2019. Call or email or email Maura Dinwiddie to obtain this form. 301-258-6350 maura.dinwiddie@gaithersburgmd.gov

I hereby voluntarily wish to attend, and/or grant permission for a family member under my custody or supervision to attend the activity sponsored by the City of Gaithersburg (City). I understand that we do so at our own risk and that I am responsible for the insurance in case of any harm or injury to me and/or the family member. I know, understand, and acknowledge that there are risks associated with the use of City buildings/equipment/personal property and hereby assume any and all risks and hazards associated therewith, and shall be solely responsible for safe and reasonable use. I also understand that I am responsible for making a request for reasonable accommodations under the Americans with Disabilities Act and other applicable law. Furthermore, I understand that although safety precautions will be observed, the City, its employees or agents will not be responsible for any personal property lost by me and/or family member or for any harm or personal injury sustained in the program. I also consent to the City's use of any photographs and/or videotapes made of the program. I understand that all program/activity withdrawals are subject to processing fees and that some programs/activities are non-refundable in accordance with the Department of Parks, Recreation and Culture Withdrawal and Refund Guidelines. I/we agree to follow all facility rules and regulations, including all instructions from any City staff, and understand that I/we may be subject to removal if any rules, regulations or instructions are not followed. If City-provided equipment is used, I/we agree to use it only at the facility where provided and to use it according to any rules, regulations or instructions, and prior to my/our leaving the facility to return it in the same condition as it was when received.

_____

Printed Name of Parent or Legal Guardian

_____ _____

Signature of Parent or Legal Guardian Date

Gaithersburg
A CHARACTER COUNTS! CITY

Formulario de Consentimiento del Participante - Ruta hacia el Éxito de Cuidado de Niños (Edades 4-8) 4.13.19

Nombre del Niño (a) _____ F.D.N. ___/___/___ Edad ____ M ___ F___

Dirección_____

Nombre de Madre/Guardián _____ Padre/Guardián _____

Celular Madre (C) _____ Celular Padre (C) _____

Teléfono Madre (T) _____ Teléfono Padre (T) _____

Teléfono (Casa) _____

Mi niño(a) será recogido por el padre/guardián escrito en las líneas de abajo ó por un contacto de emergencia autorizado, nombrado en la siguiente nota:

Contacto de emergencia fuera de los padres:

Nombre_____ Telefono_____

Nota: Si hay personas que NO estón especificamente autorizadas para recoger a su hijo del programa, Por favor notificar a Maura Dinwiddie antes del 13 de Abril, 2019 al correo maura.dinwiddie@gaithersburgmd.gov ó al 301-258-6350.

Documentación de apoyo pueda ser requerida.

---

1. Su niño(a) recibe todas las inmunizaciones/vacunas requeridas? ❒ Sí ❒ No
2. Nombre del Médico_____ Teléfono_____
3. Está su hijo exento de cualquier inmunización por razones médicas o religiosas? ❒ Sí ❒ No
   Si lo es, por favor incluir una carta de su pediatra.
4. Tiene su niño(a) restrictiones dietéticas y/ó alergias? ❒ Sí ❒ No
   En caso que lo tenga, por favor explicar:
   _____
5. Listar necesidades de comportamiento o psiquiátricas de las que es possible que debamos estar conscientes para garantizar que la experiencia de su hijo en el programa sea positiva:
   _____
   _____
6. Esta su niño(a) tomando medicinas? ❒ Sí ❒ No
   En caso que lo tenga, cuales son y porque?
   _____

Nota: Si su niño(a) necesita tomar medicina durante el horario del programa, tiene que llenar una forma de medicación firmada por su médico y entregarla antes del 13 de Abril, 2019. Llamar a Maura Dinwiddie al 301.258.6350, ó enviar un correo electrónico a maura.dinwiddie@gaithersburgmd.gov

---

Por este medio, voluntariamente deseo asistir y otorgar permiso para que un miembro de mi familia bajo mi custodia o supervisión asista a la actividad patrocinada por la ciudad de Gaithersburg. Yo entiendo que nosotros corremos por nuesto propio riesgo y que yo soy responsible por el seguro de daños o lesions. Yo sé, entiendo, y reconozco que si hay riesgos asociados con el uso edifiicios/equipo/propiedad personal, yo asumo todos y cada uno de los riesgos y peligros asociados con ellos, y sere el único responsable del uso seguro y razonable. También entiendo que Yo soy responsable por el pedido de solicitud para acomodaciones razonables bajo la Ley de Americanos con Discapacidad y otras leyes aplicables. Además, entiendo que aunque las precauciones de seguridad seán observadas, la Ciudad de Gaithersburg, los empleados o agentes no serán responsables for alguna propiedad personal extraviada por mi persona y/o miembro de familia o por algún daño o alguna lesión personal sostenida en el programa. Yo también consiento a la Ciudad por el uso de fotografías y/o videos realizados en el programa. Yo entiendo que todo el programa/retiros de actividad están sujetas a tarifas de procesamiento y que algunos programas/actividades no son reembolsables en acuerdo de pautas y reembolso con el Departamento de Parques, Recreación y Cultura. Nosotros estamos de acuerdo a seguir todos las reglas y regulaciones de la facilidad, incluyendo todas las instrucciones por empleados de la Ciudad, y entiendo que yo/nosotros podemos estar sujetos a ser eliminados si no se siguen las reglas, regulaciones o instruciones. Sí se usa el equipo provisto por la ciudad, acepto usarlo solo en las instalaciones donde se proporcionarán, y debe devolverlo en las mismas condiciones en que estaba cuando se recibiá deacuerdo con las reglas, regulaciones, o instrucciones.

_____

Nombre del Padre o Guardián Legal en Imprenta

_____ _____

Firma del Padre o Guardián Fecha