

WITS Early Childhood Summer Program Application



Please return to the office as soon as possible. Students will be accepted on a first-come first-served basis.

Child's Name: _____

School: _____ Date of birth (dd/mm/yy): _____ Grade entering in fall 2019: _____

Home address: _____

Parent/Guardian name: _____

Relationship to student: _____ Phone number: _____

Email address: _____

Preferred method of communication: call text email

Emergency contact name: _____ Phone number: _____

If your child has allergies or medical conditions, please list: _____

Parent/Guardian's Signature: _____ Date _____

WITS would like to assess your child using 10 minutes of early-reading activities led by a WITS staff member. The evaluation process will help WITS understand the impact of our summer program. All reports will be in aggregate, and personal information will not be shared. Please initial here if you **DO NOT** give WITS permission to assess your child. _____

WITS periodically takes photos and audio/video recordings of students during the program for marketing, advertisement or other related lawful purposes. By signing below you agree that:

- *Your child's likeness may be used by WITS, including in any of its publications, website entries, postings on social media, and other WITS materials, without payment or any other consideration.*
- *All such materials are the property of WITS.*

Please indicate your understanding of the content of this form and your consent to the above (or refusal to consent) on behalf of your child:

Parent/Guardian's signature: _____

I DO NOT consent to WITS' use of my child's likeness.

Solicitud de WITS Programa de Verano – Niñez Temprana



Por favor devuelva esta nota a la oficina ASAP. Estudiantes serán aceptados por “primero que llega, primero se sirve.”

Nombre del estudiante: _____

Escuela: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Grado (para otoño 2019): _____
Mes Día Año

Dirección de la casa: _____

Nombre del padre/guardián: _____

Relación al estudiante: _____ Número de teléfono _____

Correo electrónico: _____

Forma preferida de comunicación: hablar por teléfono textear correo electrónico

Nombre de contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Si su hijo/a tenga alguna alergia o enfermedad, indíquela aquí: _____

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

A WITS le gustaría evaluar a su estudiante usando 10 minutos de actividades de leyendo con un empleado de WITS. La evaluación ayuda a WITS entender la efectividad del programa. Todos los informes presentan información del grupo e información personal nunca será compartido. Por favor, ponga sus iniciales aquí si usted **NO** da permiso a WITS evaluar a su estudiante. _____

Periódicamente, WITS toma fotos y grabaciones de los estudiantes y sus mentores durante el programa para la comercialización, publicaciones, u otros propósitos legales. Cuando firme, está aceptando:

- *La imagen de su hijo/a puede ser usado para WITS, incluso de cualquier sitio web, medios sociales, u otro anuncio, sin un pago o cualquier otra consideración.*
- *Todos los materiales son propiedad de WITS*

Por favor indica su entendimiento del contenido de este formulario y su consentimiento a lo anterior (o su negativa a consentir) en nombre de su hijo/a.

Firma de Padre/ Guardián: _____

NO doy permiso a WITS para usar la imagen de mi hijo/a

Release & Waiver of Liability

I, _____, am the parent/legal guardian of the minor child, _____ (“my child”).
(name) (name)

I would like my child to participate in the Working in the Schools, Inc. (“WITS”) Early Childhood Summer Program (the “Program”) for summer 2019. I understand that this Release & Waiver of Liability (the “Release”) covers the entire time period of the Program

In consideration of my child being allowed to participate in the Program, I fully accept and assume on behalf of my child all risks and responsibility which relate to or may arise out of my child’s participation in the Program, including, but are not limited to, personal injury, illness, death, property damage, property loss or theft. These risks may arise from various sources and events, including, but not limited to, accidents, epidemics and disease, travel, or any acts or omissions of my child, myself, other children, transportation companies, or other adults (including WITS’ employees, volunteers, agents and representatives, as well as individuals unrelated to WITS).

I hereby release, waive, discharge, and hold harmless WITS, its present and former parent companies, subsidiaries, successors, affiliated and related entities, and all of its present and former officers, directors, shareholders, members, managers, employees, volunteers, agents, representatives and assigns (together, the “Released Parties”), from any and all known and unknown claims, liability and demands of whatever kind or nature, either in law or in equity, relating to or arising out of my child’s participation in the Program (together, the “Claims”). This may include, without limitation, Claims resulting from any negligent or intentional act or omissions by my child, myself, the Released Parties or others, any defect in the premises or equipment, the unavailability of medical treatment or the securing of medical treatment.

I also agree to defend, indemnify, and hold harmless the Released Parties from and against any claims arising from or related to my child or my own acts or omissions during the Program.

I understand that I am solely responsible for any medical, health or personal injury costs that may result from my child’s participation in the Program. I authorize WITS to consent to medical treatment for my child for emergencies that occur during, or are related to, my child’s participation in the Program, where I am unable to consent to such treatment or could not be reached in a timely manner. I agree to be financially responsible for the cost of such medical treatment. I further understand that this Release applies to the provision of such treatment.

I agree this Release is intended to be as broad and inclusive as permitted by the laws of Illinois, which shall govern this Release.

In signing below, I certify that I: (a) have read the entire Release and had sufficient time to ask questions and seek clarification; (b) fully understand the terms of the Release; and (c) consent for and on behalf of my child to all of such terms freely and voluntarily without any coercion, inducement or guarantee being made to me or my child.

Parent/Legal Guardian’s Signature _____

Printed Name _____

Relationship to Minor _____

Date _____

Emergency Contact Number _____

RENUNCIA Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, _____, soy el padre/la madre/guardián legal del niño/a menor, _____ (“mi hijo/a”).
(nombre y apellido) (nombre y apellido)

Yo me gustaría que mi hijo/a participara en el programa de Working in the Schools, Inc. (“WITS”) Early Childhood Summer Program (el “Programa”) 2019. Entiendo que esta Liberación & Renuncia de Responsabilidad (“Renuncia”) cubre el periodo de tiempo entero del programa.

En consideración de que mi hijo/a sea permitido a participar en el Programa, yo completamente acepto y asumo a nombre de mi hijo/a todo los riesgos y responsabilidades relacionados con o que puedan presentarse a través de la participación de me hijo/a en el Programa, incluyendo, pero no limitado a, lesión personal, enfermedad, fallecimiento, daño de propiedad o robo. Estos riesgos pueden surgir de varias fuentes, motivos y eventos, incluyendo, pero no limitado a, accidentes, epidemias y enfermedades, viajes, o de cualquier actos o omisión de mi hijo/a, yo mismo, otros niños, compañía de transporte, o otros adultos (incluyendo empleados de WITS, voluntarios, y agentes, y tan bien individuos no relacionados con WITS).

Yo por la presente libero, descargo, y sujeto inocente a WITS, sus presentes y antiguas compañías principales, filiales, sucesores, entidades afiliadas y relacionadas, y todos de sus presentes y antiguos oficiales, directores, accionistas, miembros, gerentes, empleados, voluntarios, agentes, representativos y asignados (colectivamente, “Liberados”), de cualquier reclamo conocido o incognito, responsabilidad, y demandas de cualquiera clase o naturaleza, ambos en ley o equidad, relacionado con o surgiendo de la participación de me hijo/a en el Programa (colectivamente, “Reclamos”). Esto puedo incluir, sin limitación, Reclamos resultando de cualquier acto negligente o intencional o omisiones de mi hijo/a, yo mismo, los Liberados, o otros, cualquier defecto en el equipo o locales, o la indisponibilidad de tratamiento médico o de asegurar tratamiento médico.

Yo también me comprometo a defender, indemnizar, y sujetar inocente los Liberados de cualquier reclamo en su contra surgiendo de o relacionado con mi hijo/a o mis actos propios o omisiones durante el Programa.

Yo comprendo que yo soy solamente responsable de cualquier gastos médicos, de salud o de lesiones personales que puedan resultar de la participación de me hijo/a en el Programa. Yo autorizo WITS a acceder tratamiento médico para mi hijo/a por emergencias que ocurran durante, o relacionadas con, la participación de mi hijo/a en el Programa, cuando yo este incapaz de consentir con tal tratamiento o no pude ser contactado en una manera oportuna. Yo me comprometo a ser responsable financieramente por el gasto de tal tratamiento médico. Yo además comprendo que esta Renuncia aplica al suministro de tal tratamiento.

Yo me comprometo a que el propósito de esta Renuncia es para que sea tan ancho y inclusivo como lo permitan las leyes del estado de Illinois, cual deberán gobernar esta Renuncia.

En firmando debajo, certifico que yo: (a) he leído la Renuncia entra y he tenido suficiente tiempo para hacer preguntas y buscar aclaración; (b) enteramente comprender las condiciones de la Renuncia; y (c) consiento para y en nombre de mi hijo/a a todos tal condiciones libremente y voluntariamente sin ninguna coacción, incentivo o garantía hecha a hacia mi o mi hijo/a.

Firma del Padre/ Guardián legal _____

Nombre y Apellido _____

Relación con niño/a _____

Fecha _____

Número de teléfono en emergencia _____