



# Arrupe Jesuit High School

## Student Shadow Day-Forma de Consentimiento

El propósito de un Student Shadow Day es para que estudiantes del octavo grado visiten Arrupe Jesuit High School y tengan la experiencia de vivir un día como un estudiante de Arrupe. Los estudiantes serán emparejados con estudiantes actuales de Arrupe y asistirán a clases con ellos. Comida será proporcionada para su estudiante a la hora de comer. Al final del día, su estudiante tendrá una comprensión de cómo es un día en Arrupe, qué se necesita para ser un estudiante de Arrupe y una breve explicación acerca del programa de trabajo- Corporate Work Study Program.

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

Fecha: \_\_\_\_\_

Escuela actual: \_\_\_\_\_

Nombre de Padres: \_\_\_\_\_

Firma de Padre: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

---

Entiendo y reconozco que la participación en el Student Shadow Day implica riesgos inherentes a mi hijo. Autorizo al Supervisor (es) designados de Arrupe Jesuit High School de autorizar y consentir a cualquier atención médica para mi hijo que él o ella cree razonablemente necesaria, incluyendo, pero no limitado a, la hospitalización o cirugía. Estoy de acuerdo en pagar todos los gastos relacionados con dicha a atención médica. Entiendo y reconozco que el Supervisor Designado (s) de Student Shadow Day intentará obtener mi permiso por teléfono antes de autorizar o consentir a cualquier atención médica para mi hijo si el tiempo y las condiciones lo permiten.

Entiendo y reconozco que los gastos médicos relacionados con la enfermedad o lesión a mi hijo mientras en el Student Shadow Day no están cubiertos por ningún programa de seguro mantenida por Arrupe Jesuit High School, y que yo soy el principal responsable de dichos gastos.

Como padre y/o tutor legal, sigo siendo legalmente responsable de cualquier acción personal tomada por el menor (niño/a) mencionado arriba.

Estoy de acuerdo en nombre de mí mismo, mi hijo nombrado en este documento, o nuestros herederos, sucesores y cesionarios, a mantener indemne y defender el citado colegio, sus funcionarios, directores y agentes, chaperones o representantes asociados con el evento, que surge de o en relación con mi hijo asistir al evento o en conexión con cualquier enfermedad o lesión o costo del tratamiento médico en relación con la misma, y yo estoy de acuerdo en indemnizar a la escuela, sus funcionarios, directores y agentes, chaperones o representantes asociados con el evento para honorarios razonables de abogados y gastos que surjan en relación con la misma.

Doy mi consentimiento a la participación de mi hijo en el Student Shadow Day. He leído atentamente la autorización para el Student Shadow Día y entiendo y estoy de acuerdo con cada uno de los pactos y condiciones que se establecen más arriba.

---

Fecha

Número de Emergencia

Padre o Guardián