



Teach a Child. Coach a Team. Change a Life. **Project Coach.**

### Project Coach After-School Tutoring and Sports Program Application & Program Consent and Liability Waiver

I, .....Of .....  
**Parent/Guardian Name (Relationship) Child's Name**

give permission for my child to be in the following Project Coach after-school program:

**Dance or Basketball**

.....  
**(circle) Date Child's School**

*I grant permission to the staff and to any other adult -- volunteer, or otherwise -- who is acting as a helper in any activities organized by the said staff to give emergency first aid, to select a hospital and/or physician for my child to get any emergency medical treatment my child may require.*

#### EMERGENCY INFORMATION

Home Phone Number:.....

Physician:.....

Date of Last Physical:.....

**Emergency Phone Number .....Emergency Contacts:** .....

Participant (child) Social Security #:.....

Insurance Provider: ..... Policy #.....

Does your child have: Allergies to *anything*? ....Yes.....No. A recent injury? .....Yes.....No.....

If yes, to allergies or injuries please explain: .....

**Disclosure:** The PC program involves a variety of activities including without limitation: Participation in sports activities and travel to nearby schools. The level of participation is, at all times, completely up to the participant's choice. Yet, there is risk, which must be assumed by each participant that she or he may suffer an emotional or physical injury including death resulting from participating in activities. I accept the responsibility for requesting and understanding the particular details involved with these activities.

**Release of Liability:** I understand the elements of this project may be physically or emotionally demanding. I affirm that my child's health is good, and that my child is not under a physician's care for any undisclosed condition that bears upon my child's fitness to participate in PC activities. I recognize the inherent risk of injury in PC program activities. I understand that each participant must assume the risk of emotional or physical injury that could result from these activities. I release PC, Smith College, and all participating organizations, and their respective employees, officers and directors, and all individual volunteers from all liability for any injury to my child from participation in PC program activities, whether caused by their negligence or otherwise. I understand that if my child cannot control his/her behavior, the staff will exercise whatever non-violent means necessary to control the situation to insure the safety of my child and all other program participants. I understand and I agree to all of the provisions of this consent form:

.....  
**Parent/Guardian Name: Please Print Parent or Guardian Signature Date**



Teach a Child. Coach a Team. Change a Life. **Project Coach.**

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE PROJECT COACH  
LOS ESTUDIANTES SERÁN INFORMADOS SI ESTÁN EN EL PROGRAMA DESPUÉS DE ENTREGAR  
SU FORMULARIO**

**FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL PROGRAMA**

Yo, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_,  
(nombre del padre o tutor) (relación) (nombre del hijo/hija)  
por la presente, estoy de acuerdo para que mi hijo/hija participe en el siguiente programa:

Baile Basketball  
marque con un círculo Fecha Escuela del hijo/hija

Yo doy permiso al personal o cualquier otro adulto, voluntario, u otra persona, que está actuando como chaperón y o persona con recursos en conexión con las actividades organizadas por el personal, para que administre primeros auxilios cuando mi hijo/hija lo requiera. También, doy permiso a las personas antes mencionadas, para elegir hospital y/o doctor para mi hijo/hija y para conseguir cualquier tratamiento médico de emergencia en caso que mi hijo/hija lo requiera.

**Información de Emergencia**

Teléfono de su casa: \_\_\_\_\_ Medico: \_\_\_\_\_  
Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_  
Teléfono para Emergencias y nombres de contacto \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social del participante (su hijo/a #: \_\_\_\_\_  
Proveedor de Seguros: \_\_\_\_\_  
Poliza de Seguro # \_\_\_\_\_  
Sufre su hijo/a de alergias a insectos, plantas o medicamentos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Ha sufrido su hijo/a alguna lesión recientemente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Por favor describe: \_\_\_\_\_

**Se da a Conocer:** El programa de PC envuelve una variedad de actividades. El nivel de participación en los programas es siempre, la elección del participante. Sin embargo, hay un riesgo, que deberá ser asumido por cada participante en caso que ella o el sufra una lesión de carácter físico o emocional Yo acepto las responsabilidades para requerimiento y entendimiento de los detalles particulares que involucran estas actividades. **Dar Conocimiento de Responsabilidad:** Yo entiendo que los elementos en actividades de programas de PC pueden ser de daño físico o emocional. Yo afirmo que la salud de mi hijo(a) es buena, y que mi hijo (a) no está bajo tratamiento médico por ninguna circunstancia no dada a conocer, que implique la condición de salud de mi hijo (a) en participar en las actividades de PC. Yo reconozco que hay siempre un inherente riesgo de accidente en las actividades. Yo dejo libre de toda responsabilidad al PC, Smith College, miembros del personal de trabajo, y miembros de la Juntas de Directores, en caso de cualquier accidente que ocurra a mi hijo (a) en participaciones de actividades en los programas de PC. Yo entiendo que si mi hijo (a) no puede controlar su comportamiento, el personal ejercerá lo que sea necesario, sin que sea algo violento, para controlar la situación y asegurar la seguridad de mi hijo (a) y la de todos otros participantes del programa. Yo he leído, entiendo claramente y estoy de acuerdo con todas las estipulaciones mencionadas arriba, en este formulario de consentimiento.

.....  
nombre del padre o tutor Firma del Padre o Tutor Fecha