



**Soroptimist International of Rim of the World  
 "Dream It, Be It" 2019-2020  
 Registration Form**

*To be completed and returned to the student's counselor's office prior to attending the first meeting*

Student/Child Name: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Name of Parent or Guardian: \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_ (Parent) Cell Phone \_\_\_\_\_ (Student)

Physical address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Mailing address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Email address: \_\_\_\_\_ (Parent) Email address: \_\_\_\_\_ (Student)

I give permission for my freshman daughter to attend "Dream It Be It" workshops and activities through the 2019/2020 school year on September 25, November 20, January 29, February 26 and March 25.

I agree to pick up my daughter in the front of Rim of the World High School promptly at the end of the workshop/activity at 2:30 pm.

Parent's Signature: \_\_\_\_\_

**If I am not available, I give permission to the following person(s) to pick-up my daughter from "Dream It Be It" and/or attend my daughter in case of an emergency:**

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

*The posting or distribution of written materials does not indicate District endorsement of the content of the materials or of the organization, group, company, agency, or individuals associated with the materials.*



**Soroptimist International of Rim of the World "Dream It Be It" 2019-2020  
Transportation/Photo/Social Media Consent Release**

My daughter \_\_\_\_\_ will be participating in "Dream It Be It" events and workshops during 2019-2020. I understand that my daughter will remain at Rim of the World High School for the activities associated with this program. I also understand that transportation of my daughter for this program is my sole responsibility.

\_\_\_\_\_ I assume responsibility for transportation of my daughter.

By signing this, I release Soroptimist International of Rim of the World, Inc. from any transportation liabilities and waive all transportation claims against them.

Guardian/Parent Name \_\_\_\_\_  
(Print)

Date \_\_\_\_\_

Phone # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Signature of Parent/Guardian of Minor*

**Photo Consent/Social Media Release**

My daughter \_\_\_\_\_ will be participating in "Dream It Be It" events and workshops during 2019-2020. I understand that promotional pictures (individual/group) will be taken during these events. My daughter will also be active within the "Dream It, Be It" Instagram page. I give permission for my daughter's picture to be used for promotional materials (newsletters, web page, power point, etc.) in highlighting the event. FULL NAMES WILL NOT BE USED.

\_\_\_\_\_ I am authorizing that photos of my daughter may be used for newsprint or digital media.

\_\_\_\_\_ I am NOT authorizing that photos of my daughter may be used for either newsprint or digital media.

\_\_\_\_\_ I am authorizing my daughter to participate in the "Dream It, Be It" Instagram page.

\_\_\_\_\_ I am NOT authorizing my daughter to participate in the "Dream It, Be It" Instagram page.

By signing this, I release Soroptimist International of Rim of the World, Inc. from any liabilities and waive all claims against them.

Guardian/Parent Name \_\_\_\_\_  
(Print)

Date \_\_\_\_\_

Phone # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Signature of Parent/Guardian of Minor*

*The posting or distribution of written materials does not indicate District endorsement of the content of materials or of the organization, group, company, agency, or individuals associated with the materials.*



### Medical Release/Consent Form

Student/Child Name: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Name of Parent or Guardian: \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_ (Parent) Cell Phone \_\_\_\_\_ (Emergency Contact)

Emergency Contact Name (other than listed above) \_\_\_\_\_

Physical address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Allergies: Food, medicine, insects, plants (circle): YES NO

If yes, explain:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

List any medical conditions or medications to be taken during "Dream It. Be It" that we need to be aware of:  
Check if additional details are attached on a separate sheet of paper.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*\*\*\*Medical note from your child's doctor is required for any child carrying EpiPen® or EpiPen® alternative.*

In case of an emergency, I understand every effort will be made to contact me. In the event I cannot be reached, I hereby give my permission to the physician selected by the adult leader in charge to secure proper treatment, including hospitalization, anesthesia, surgery or injections of medication for my daughter.

Date: \_\_\_\_\_ Signature of parent/guardian: \_\_\_\_\_

*The posting or distribution of written materials does not indicate District endorsement of the content of the materials or of the organization, group, company, agency, or individuals associated with the materials.*



DREAM IT • BE IT  
CAREER SUPPORT  
*{for girls}*

**Soroptimista Internacional de Rim of the World**  
**"Sueña, sea" 2019-2020**  
**Formulario de inscripción**

*Para completar y devolver a la oficina del consejero del estudiante antes de asistir a la primera reunión*

Nombre del estudiante / niño: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
(Padre) (estudiante)

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Postal : \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
(email) (Padre) (Estudiante)

Doy permiso para que mi hija del grado 9 para asistir a "Dream It, Be It" talleres y actividades a través de año escolar 2019/2020 25 de Septiembre, 20 de Noviembre, 29 de Enero, 26 de Febrero y 25 de Marzo.

Yo estoy de acuerdo en recoger a mi hija en la parte enfrente de Rim of the World High School inmediatamente al final del taller / actividad a las 2:30 pm.

Firma del padre: \_\_\_\_\_

**Si no estoy disponible, doy permiso a la (s) siguiente (s) persona (s) para recoger a mi hija de "Dream It Be It" y / o asistir a mi hija en caso de emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

*La publicación o distribución de materiales escritos no indica la aprobación del Distrito del contenido de los materiales o de la organización, grupo, empresa, agencia o individuos asociados con los materiales.*



**Soroptimista Internacional de Rim of the World "Dream It Be It" 2019-2020  
Publicación Consentimiento Redes Transporte / Fotos/Sociales de Internet**

Mi hija \_\_\_\_\_ participará en "Dream It, Be It" eventos y talleres durante el 2019-2020. Entiendo que mi hija permanecerá en Rim of the World High School para las actividades asociadas con este programa. También entiendo que el transporte de mi hija para este programa es mi exclusiva responsabilidad.

\_\_\_\_\_ Asumo la responsabilidad del transporte de mi hija.

Al firmar esto, Soroptimist International de Rim of the World, Inc. no la responsabilidad de transporte y renuncio a todos los reclamos de transporte contra ellos.

Nombre del tutor / padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

*Firma del padre / tutor del menor*

**Autorización fotográfica /sociales**

Mi hija \_\_\_\_\_ participará en los "Dream It, Be It" eventos y talleres" durante el 2019 Publicación en redes-2020. Entiendo que fotos promocionales (Individuales/se tomarán grupales) durante estos eventos. Mi hija también estará activa en la "Dream It, Be It" página de Instagram. Doy permiso para que mi hija la foto use para materiales promocionales (boletines, página web, power point, etc.) para resaltar el evento. **NOMBRES COMPLETOS NO SERÁN USADOS.**

\_\_\_\_\_ autorizo que las fotos de mi hija se pueden utilizar para el papel prensa Internet.

\_\_\_\_\_ Yo NO autorizo que las fotos de mi hija se pueden utilizar para ya sea papel de periódico o medios Internet.

\_\_\_\_\_ Estoy autorizando a mi hija a participar en la página de Instagram "Dream It, Be It".

\_\_\_\_\_ NO autorizo a mi hija a participar en la página de Instagram "Dream It, Be It".

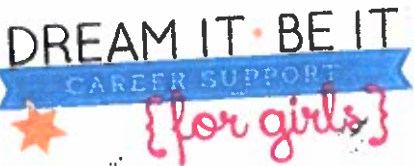
Al firmar esto, liberó a Soroptimist International de Rim of the World, Inc. de cualquier responsabilidad y renuncio a todos los reclamos en su contra de Soroptimist..

Nombre del tutor / padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

*Firma del padre / tutor del menor*

**La publicación o distribución de materiales escritos no indica la aprobación del Distrito del contenido de los materiales o de la organización, grupo, compañía, agencia o individuos asociados con los materiales.**



### Formulario de autorización / consentimiento médico

Nombre del estudiante / niño: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
(Padre) (Contacto de)

Nombre de contacto de emergencia (que no sea el mencionado anteriormente)

Dirección física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Alergias: Alimentos, medicamentos, insectos, plantas (círculo):  Sí  NO

En si se aplica explique:

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

**Enumere cualquier afección médica o medicamento que se tome durante "Dream It. Be It" Que debemos ser conscientes de:**  
Compruebe si detalles adicionales en una hoja de papel separada.

\*\*\*Se requiere una nota médica del médico de su hijo para cualquier niño que lleve una alternativa EpiPen®  
o EpiPen®.  
En caso de emergencia, entiendo que se hará todo lo posible para contactarme. En caso de que no pueda ser contactado, doy mi permiso al médico seleccionado por el líder adulto a cargo para asegurar el tratamiento adecuado, que incluye hospitalización, anestesia, cirugía o inyecciones de medicamentos para mi hija.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_

La publicación o distribución de materiales escritos no indica la aprobación del Distrito del contenido de los materiales o de la organización, grupo, compañía, agencia o individuos asociados con los materiales.