



Parent Consent Form

Student Name: _____

My child may participate in the CIS program. As the parent/guardian of student named above, I consent for him/her to:

1. Take part in all Communities In Schools (CIS) activities in my child's plan, not limited to tutoring, mentoring, enrichment activities or field trips. CIS or school transportation may be used.
2. Take part in meetings and surveys for student or project evaluation.
3. Be referred to other agencies for services as needed.
4. Provide picture/video/audio for possible use by CIS for media, educational and/or publicity purposes.
5. Receive routine care by a licensed doctor as needed.
6. Receive emergency care from a licensed doctor due to illness or accident when I am not able to be reached. CIS, the school district and others will not be held liable for this care.

I give consent for CIS to release information about my child to staff connected to CIS work. School staff and/or others working with my child may release information to CIS, including but not limited to, my child's grades, attendance and behavior as well as my child's qualification for free and/or reduced lunch. This information is securely stored by CIS.

To further my student's academic, personal and career growth, I will meet with staff to talk about my child's growth and needs.

This consent continues until cancelled in writing by me.

Parent/Guardian Signature _____ **Today's Date** _____

Print Name _____

Relationship to Student _____



Formulario de Consentimiento de los Padres

Nombre del estudiante: _____

Mi hijo puede participar en el programa de CIS. Como padre / guardián del estudiante arriba mencionado, doy mi consentimiento para que él / ella:

1. Participe en todas las actividades de Communities In Schools (CIS) que están en el plan académico de mi hijo(a), incluyendo no solo tutoría, sino también orientación, actividades de enriquecimiento o excursiones. Durante estas actividades, transporte de CIS o escolar podría ser utilizado.
2. Participe en reuniones y encuestas estudiantiles o evaluación de proyectos.
3. Sea referido(a) a otras agencias de servicios según sea necesario.
4. Nos provea su imagen / vídeo / audio para ser posiblemente usado por CIS en los medios o con fines educativos o publicitarios.
5. Reciba atención de rutina de un médico certificado en caso necesario.
6. Reciba atención de emergencia de un médico certificado por enfermedad o accidente cuando no sea posible contactarme. CIS, el distrito escolar y otros no se hacen responsable de este tipo de atención.

Doy mi consentimiento para que CIS pueda compartir información acerca de mi hijo con personal relacionado con las labores propias de CIS. Personal de la escuela y / o otras personas que trabajan con mi hijo pueden también compartir información con CIS, incluyendo pero no limitado a, calificaciones, asistencia y comportamiento de mi hijo. Esta información se archiva de forma segura por CIS.

Para promover el crecimiento académico, personal y profesional de mi hijo(a), me reuniré con el personal para hablar sobre el crecimiento y las necesidades específicas de mi hijo.

Este consentimiento es válido hasta que yo haga una cancelación por escrito.

Firma del Padre / Guardián _____

Fecha _____

Nombre en Letra de Molde _____

Parentesco con el Estudiante _____