



Massachusetts Institute of Technology Society of Women Engineers

KEYs

Keys to Empowering Youth



PERMISSION FORM

By completing this form, you are agreeing to participate on the selected dates

General Information

Student Name _____ Grade _____ Birthdate ____/____/____

Street Address _____

City _____ State _____ Zip Code _____ Home Phone _____

Parent E-mail Address (if available) _____

Parent/Guardian(s) Name _____ Cell phone _____

_____ Cell phone _____

Emergency information

List the names of two persons to contact other than the parent/guardian, in case of emergency.

Name _____ Phone _____ Relation to child (relative, friend, etc.) _____

Name _____ Phone _____ Relation to child (relative, friend, etc.) _____

Yes, I give _____ (Name of Participating Girl) permission to participate in the KEYs program at MIT on (choose all that apply) from **10am to 4pm**:

_____ **March 14th**

_____ **April 25th**

***PLEASE note that by completing this form, you are committing your daughter to the session(s) you indicated above. If for any reason you need to cancel, please let us know at least a week in advance. A non-emergency cancellation within the last week before the program date will result in a cancellation fee charge of \$15.00. Our program is free, but we have participants on a waiting list and need to know of open spots in advance.

I give permission for my child to be treated at the MIT Medical Department, if the need arises, and I understand that I will be financially responsible for any treatment.

(Signature of Parent or Guardian)

(Date)

Does she have any health problems, allergies (sun, food, medications, other) or special needs which may limit her activity in any way or which would require some special attention?

No _____ Yes _____ (if yes, please explain on the back of this sheet)



Massachusetts Institute of Technology Society of Women Engineers

KEYs

Keys to Empowering Youth



FORMA DE PERMISO

***Al completar esta forma, usted está aceptando participar en las fechas elegidas ***

Información general

Nombre de la estudiante _____ Grado escolar _____ Día de nacimiento ____/____/____

Dirección (calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip code) _____ Teléfono de la casa _____

E-mail del padre o la madre (si es posible) _____

Nombre del padre, la madre o el tutor _____ Número de celular _____

_____ Número de celular _____

Información en caso de emergencia

Escriba en la lista los nombres de dos personas adicionales (aparte de los padres) que puedan contactarse en caso de emergencia.

Nombre _____ Teléfono _____ Relación con la niña (pariente, amigo, etc.) _____

Nombre _____ Teléfono _____ Relación con la niña (pariente, amigo, etc.) _____

Sí, le doy permiso a _____ (nombre de la niña participante) de que participe en el programa KEYs de MIT de las **10 am a las 4 pm** el (seleccione todas las opciones que apliquen):

_____ **14 de marzo** _____ **25 de abril**

***Al llenar esta forma, usted está asegurando la asistencia de su hija a la sesión o las sesiones que indicó arriba. Si por alguna razón necesita cancelar, por favor háganoslo saber con una semana de anticipación al menos. Toda cancelación no relacionada con una emergencia llevada a cabo durante la semana anterior a la fecha de la sesión resultará en una cuota por cancelación de \$15. Nuestro programa es gratuito, pero tenemos participantes en una lista de espera que necesitan saber con tiempo si tendrán un lugar disponible.

Doy permiso de que mi hija sea tratada en el Departamento de Medicina de MIT si acaso surge la necesidad. Entiendo también que seré responsable económicamente de cualquier tratamiento.

Firma del padre, la madre o el tutor

Fecha

¿Tiene su hija problemas de salud, alergias (al sol, a medicamentos, a alimentos, o de cualquier otro tipo) o necesidades especiales que puedan limitar su participación en cualquier forma o que requieran atención especial?

No _____ Sí _____ (si respondió que sí, por favor explique los motivos al reverso de esta hoja)