 Form ML-1

*Spanish*

**AUTORIZACIÓN Y RENUNCIA DE LOS PADRES**

**PARENTAL AUTHORIZATION AND WAIVER**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del estudiante o del paciente (favor de escribir con letra de imprenta): |  | Fecha de nacimiento: |  | / | / |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del padre o tutor (favor de escribir con letra de imprenta): |  | Escuela: |  |

Yo soy el padre o tutor del estudiante mencionado. Mis derechos de padre o tutor no han sido terminados y no existe ninguna orden de la corte ni acuerdo que declare que yo no tenga acceso a la información o récords sobre la educación de mi hijo. Autorizo al Distrito Escolar del Condado de Cobb que permita al siguiente proveedor a tener acceso a mi estudiante en la escuela, de acuerdo con la Regla Administrativa ML-R:

|  |  |
| --- | --- |
| Organización o Nombre del Médico:  (Provider Name/Organization) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Domicilio (Address): |  | Teléfono: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ciudad: |  | Estado: |  | Código postal: |  | Fax: |  |

Comprendo que este grupo está solicitando mi permiso para ofrecer los siguientes servicios mientras mi hijo está en la escuela.

Entiendo y doy mi permiso para que el encargado esté a solas con mi hijo cuando ofrezca sus servicios. Entiendo que el personal de Distrito no responsable de la supervisión ni de determinar el tipo o grado de los servicios que se ofrezcan a mi hijo. Entiendo que mi hijo puede faltar a clases y a servicios especiales durante el tiempo en que esta organización esté con mi hijo y que **el Distrito no es responsable de reponer estas actividades o servicios**. Entiendo que es mi responsabilidad hacer las citas con la organización a la hora y los días que resulten más apropiados. Entiendo que el Distrito puede terminar o restringir la presencia de la organización en el campus en cualquier momento.

El padre o tutor, por mí mismo y en nombre del estudiante, renuncio a la posibilidad de presentar alguna reclamación en contra del personal o agente actual, futuro o voluntario del Distrito Escolar del Condado de Cobb, o del Consejo de Educación del Condado de Cobb y los libero de una o cualquier reclamación, demanda, acción, responsabilidad o daños (incluyendo los gastos por abogado), tanto conocidos como desconocidos, que surjan o estén relacionados de cualquier manera con los servicios ofrecidos por personal educativo o de salud. Esta renuncia y permiso incluye, aunque no está limitado a las reclamaciones derivadas bajo cualquier constitución, estatutos y regulaciones federales, estatales ni locales; incluyendo, aunque no limitadas por el Acuerdo de Rehabilitación de 1973, en la Sección 504, ni del Acuerdo de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA por sus siglas en inglés).

|  |  |
| --- | --- |
| **PLEASE NOTARIZE**  Sworn to and subscribed before me this \_\_\_\_\_\_day of \_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.  Notary Public:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Padre o tutor Nombre* (Please Print / *Letra de imprenta*)    Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Padre o tutor Firma*  Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Fecha* |