



**Formularios obligatorios de
programas para jóvenes**

Nombre del programa: _____

Fechas del programa: _____

*** INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE**

Seleccionar lo que corresponda:

Adulto estudiante Adulto no estudiante Participante menor

Nombre: _____

N.º de ident.: _____

Domicilio:

_____ **Calle** _____ **Apto.**

_____ **Ciudad** _____ **Estado**

_____ **Código postal** _____ **País**

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Solo participantes menores de 18 años

Nombre: _____

Domicilio (si es diferente al del menor):

_____ **Calle** _____ **Apto.**

_____ **Ciudad** _____ **Estado**

_____ **Código postal** _____ **País**

Teléfono: _____

Relación: _____

Descripción del programa: _____

VIAJES FUERA DE LA UNIVERSIDAD (si procede)

Fechas del viaje:

Destino (ciudad, estado)

Actividades del viaje

ESCRIBIR SUS INICIALES JUNTO A LAS SIGUIENTES DECLARACIONES:

* 1. _____ Soy el participante antes mencionado, soy mayor de 18 años (o el padre/tutor del participante antes mencionado, si este es menor de 18 años) y asumo, en pleno uso de mis facultades, la firma del presente acuerdo. He solicitado participar en (u otorgo permiso al participante para que forme parte de) la actividad o el viaje antes mencionados de manera voluntaria.

* 2. _____ En consideración de mi participación (o del permiso que otorgo al participante) en la actividad o viaje, por la presente acepto todos los riesgos para mi salud (o la del participante) y de mis (o sus) lesiones o muerte que pueda conllevar dicha participación y eximo a la institución antes mencionada, a su junta rectora, funcionarios, personal y representantes de toda responsabilidad para conmigo (o para con el participante), mis (o sus) representantes personales, patrimonio, herederos, parientes más cercanos y cesionarios para todas y cada una de las reclamaciones y causas de acción por pérdida o daño a mi propiedad (o a la del participante), así como por cualquier enfermedad o lesión a mi persona (o la del participante), incluida mi muerte (o su muerte), que pueda conllevar mi participación (o la del participante) u ocurrir durante la actividad o el viaje, ya sea ocasionada por negligencia de la institución, su junta rectora, funcionarios, personal o representantes, o de otra manera. Además, acepto indemnizar y eximir a la institución y a su junta directiva, sus funcionarios, personal y representantes de cualquier responsabilidad por lesiones o muerte de cualquier persona(s) y daños a la propiedad que puedan conllevar mis actos negligentes o intencionales u omisión (o los del participante) durante la participación en la actividad o el viaje descritos.

* 3. _____ Reconozco que debo cumplir con la normativa sobre viajes estudiantiles (STU 01-300) del *Manual de procedimientos y operaciones*, el *Código de conducta del estudiante* y el protocolo de viajes institucionales (incluida la relacionada con COVID-19), y entiendo que no hacerlo puede dar lugar a medidas disciplinarias.

* 4. _____ **HE LEÍDO CUIDADOSAMENTE ESTE ACUERDO Y COMPRENDO QUE ES UNA EXENCIÓN DE TODA RECLAMACIÓN Y CAUSA DE ACCIÓN POR LESIÓN O MUERTE DEL PARTICIPANTE O BIEN POR DAÑO A LA PROPIEDAD DE ESTE QUE OCURRA MIENTRAS TOMA PARTE EN LA ACTIVIDAD O EL VIAJE DESCRITOS Y QUE ME OBLIGA A INDEMNIZAR A LAS PARTES MENCIONADAS DEBIDO A CUALQUIER RESPONSABILIDAD POR LESIÓN O MUERTE DE ALGUNA PERSONA Y AL DAÑO A LA PROPIEDAD CAUSADO POR EL ACTO U OMISIÓN NEGLIGENTE O INTENCIONAL DEL PARTICIPANTE.**

* Firma del participante (Adulto estudiante · Adulto no estudiante · Participante menor)

Fecha

Firma del padre/tutor legal (solo si el participante es menor)

Fecha



Universidad de Texas de El Valle del Río Grande™ *Reglamento de programas para jóvenes de UTRGV*

La invitación a un campus de UTRGV a fin de participar en sus programas para estudiantes es un privilegio. Estos programas han adoptado una normativa de cero tolerancia a la mala conducta estudiantil. Cualquier infracción de dicha normativa conllevará la expulsión inmediata del programa.

Las siguientes normas y reglamentaciones se han diseñado con la seguridad del estudiante en mente. Los alumnos deberán obedecer en todo momento dichas reglas o se arriesgarán a ser expulsados del programa.

- No se permite que los estudiantes salgan de ninguna ubicación universitaria por razón alguna (si fuera necesario que un estudiante se ausentara por una emergencia, el padre deberá autorizar dicha ausencia y completar el formulario correspondiente; favor de tener en cuenta que la persona que recoja al alumno deberá mostrar identificación pertinente).
- Mientras dure el programa, no se permite a los estudiantes subirse con nadie, por ninguna razón, en vehículo alguno, con excepción de los vehículos pertenecientes a la universidad.
- No se permite que los estudiantes caminen solos por la universidad. Si un estudiante necesita ir a algún sitio, deberá notificar a un asistente de la residencia (AR) o del programa (AP), o bien al coordinador, para que le acompañen.
- Los estudiantes deberán asistir a todas las clases, así como al desayuno, al almuerzo y a la cena. ¡No se harán excepciones! Si por alguna razón se les imposibilitara hacerlo por sentirse indispuestos, deberán notificar lo antes posible a un AR o AP, o bien al coordinador.
- En el caso de medicamentos con receta, el mismo estudiante será quien se los administre, tal como se describe en el *Formulario de autorización parental y médica para fármacos*. El personal del programa para jóvenes proporcionará medicamentos de venta libre según lo autorizado en dicho formulario.
- No se permite a los estudiantes el uso del teléfono celular durante la clase o las actividades planeadas. El uso inoportuno del teléfono celular dará lugar a la retirada del dispositivo durante el resto del día.
- Los estudiantes serán responsables de cualquier artículo perdido o robado, como joyas y dispositivos electrónicos, que traigan al campamento.
- Muchos programas requieren zapatos cerrados, tales como zapatillas deportivas.
- Los estudiantes también deberán acatar el código de vestimenta de su programa y usar ropa apropiada durante todas las clases y actividades planeadas del programa de verano. En caso de problemas debido a vestimenta no apropiada, se tomarán medidas.

Yo, _____, me comprometo a cumplir con las reglas aquí establecidas y entiendo que no hacerlo puede conllevar la expulsión del programa para jóvenes de UTRGV.

Firma del participante

Fecha

Firma del padre/tutor

Fecha



Universidad de Texas de El Valle del Río Grande™
***Medidas para la protección de alumnos de preescolar a preparatoria
participantes en programas para jóvenes
Declaración de reconocimiento parental***

El personal del programa para jóvenes de UTRGV sigue pautas estrictas a fin de garantizar que los participantes no estén expuestos a abusos sexuales durante su participación en el programa para jóvenes. Para apoyar esta iniciativa, los padres deben informar de cualquier anomalía a Daniela Venegas, gerente de apoyo a programas para jóvenes, mediante llamada al 956-665-2522 o bien mensaje a minorsoncampus@utrgv.edu.

Las siguientes directrices deben respetarse estrictamente. Favor de informar de cualquier anomalía a Daniela Venegas mediante llamada al número anterior.

- Limitación del contacto físico entre el personal del programa para jóvenes y los participantes.
 - No deben jugar a las luchas con ellos, hacerles cosquillas, sentarlos en su regazo, darles abrazos (con excepción de abrazos ocasionales de hombro a hombro), etc.
- Interacción individual limitada
 - En las actividades con participantes estarán presentes en todo momento dos miembros del personal del programa para jóvenes.
 - No se acepta ninguna atención especial personalizada, como regalos o comunicación personal por medio del teléfono celular o de las redes sociales del participante, por ejemplo.
- Contacto del personal y los voluntarios del programa con los jóvenes
 - Se limitará a los horarios y actividades aprobadas por la organización. El personal y los voluntarios no deben ponerse en contacto con los jóvenes aparte de las actividades y necesidades del programa.
- Vestimenta adecuada
 - El personal del programa para jóvenes se vestirá con recato.
 - Se recomienda que los participantes hagan lo propio.
- Respeto a la privacidad
 - El personal del programa para jóvenes debe respetar la privacidad de los participantes en situaciones tales como al cambiarse de ropa y bañarse. Los adultos solo deberían entrar a un área en la cual los niños estén desvestidos en situaciones de emergencia.
- Comportamiento interpersonal apropiado ejemplar por parte del personal y los voluntarios del programa
 - Las experiencias personales o privadas que el personal y los voluntarios compartan con los participantes quedarán a su discreción, pero nunca realizarán comentarios o preguntas de carácter sexual.

Nombre del campamento o programa

Nombre del participante

Firma del padre

Fecha



Universidad de Texas de El Valle del Río Grande™
INFORMACIÓN PERSONAL E INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL
DEL PARTICIPANTE EN EL PROGRAMA PARA JÓVENES

Nombre del campamento: _____

Fecha(s): _____ Horario(s): _____

FAVOR DE LEER CON ATENCIÓN LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.

COMO PARTICIPANTE, PADRE O TUTOR, ENTIENDO QUE: La información solicitada en este formulario tiene la intención de ayudar a comunicarle al personal cualquier afección médica subyacente. Si el menor tiene una afección médica subyacente, su participación no sería recomendable en actividades extenuantes o recreativas. **Esta información se mantendrá en estricta confidencialidad y solo se compartirá con su permiso.** UTRGV solicita la siguiente información para que, en caso de emergencia, tengamos datos precisos para poder proporcionar o buscar el tratamiento apropiado. Usted es responsable de proporcionar un historial médico preciso. **La determinación definitiva en cuanto a la participación en el programa es responsabilidad de usted y de su médico.** Si tiene algún problema médico que no se menciona a continuación, pero que considera importante, favor de incluir esa información.

1.ª PARTE INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del participante: _____ Domicilio _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Sexo: H ____ M ____

Nombre del padre/tutor legal: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Favor de indicar dos contactos de emergencia:

_____ Nombre del contacto n.º 1	_____ Tel. particular	_____ Tel. del trabajo	_____ Tel. celular	_____ Relación
_____ Nombre del contacto n.º 2	_____ Tel. particular	_____ Tel. del trabajo	_____ Tel. celular	_____ Relación

2.ª PARTE INFORMACIÓN MÉDICA

Se recomienda consultar con un médico antes de participar en este programa para jóvenes de UTRGV. En caso de no estar seguro en cuanto a cualquier afección médica subyacente, es su responsabilidad consultar con su propio médico antes de participar en el programa. Favor de responder todas las preguntas y, en caso de respuesta afirmativa a cualquiera de ellas, explicar según se indique. Utilizar el reverso o papel adicional si fuese necesario.

Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____

¿Está al día con las vacunas requeridas por su escuela (marcar una)? Sí No

Si el programa para jóvenes en el que se va a participar es de estadía nocturna, será necesaria una copia de su registro de vacunación.

¿Tiene seguro médico/de accidentes (marcar uno)? Sí No En caso afirmativo, favor de indicar el número de póliza, así como el nombre y la dirección de la aseguradora, y de incluir una copia de ambas caras de su tarjeta de seguro.

Nombre/dirección de la aseguradora _____ Número de póliza: _____

Marcar con un círculo la respuesta adecuada a las siguientes preguntas y explicar si procede:

¿Tienen el participante afección médica limitante que usted o su médico consideren que limitaría la participación?

Sí No En caso afirmativo, identificar y explicar:

¿Está el participante tomando actualmente medicamentos que puedan interferir con su capacidad de participar de manera segura en él?

Sí No En caso afirmativo, identificar y explicar:

¿Tiene el participante antecedentes de alergias o reacciones a medicamentos, picaduras de insectos o plantas?

Sí No En caso afirmativo, identificar y explicar:

¿Tiene el participante antecedentes o síntomas actuales de afecciones médicas de las cuales debemos estar al tanto?

Sí No En caso afirmativo, identificar y explicar:

3.ª PARTE AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA

A menos que se hayan realizado gestiones previas, las necesidades médicas se tratarán en el hospital más cercano. En caso de encontrarse fuera de la universidad, el personal del programa para jóvenes seleccionará una instalación médica apropiada. En las situaciones en que la atención médica sea necesaria, se avisará a los padres para solicitar su aprobación cuando sea posible. Sin embargo, antes de que se pueda prestar tratamiento médico, estamos obligados a contar con un formulario de autorización firmado por ellos. Las instalaciones médicas no prestarán servicios a menos que se presente dicho formulario firmado.

_____ tiene mi permiso para recibir atención médica en caso de enfermedad o emergencia médica durante su participación en este programa para jóvenes de UTRGV. Asumo la responsabilidad financiera por cualquier costo de atención médica en que se pueda incurrir durante este programa para jóvenes.

FAVOR DE LEER: Como participante, padre o tutor, entiendo y reconozco que no compartir información relevante puede resultar en daño a mí, a mi hijo o a terceros durante este programa para jóvenes. Con mi firma, declaro y avalo que he proporcionado todos los materiales e información importante a UTRGV relacionados con la condición médica, mental y física de mi hijo y que esta es precisa y completa. Accedo a notificar a UTRGV de cualquier cambio en la condición mental, física o médica de mi hijo antes del inicio de su programa para jóvenes.

Al revelar o divulgar la información médica anterior, ni el personal ni los empleados de UTRGV podrán usarla a fin de determinar la capacidad de mi hijo para participar de manera segura en actividades. Entiendo que, si mi hijo elige participar en actividades, lo hace manera voluntaria y por iniciativa propia y que la decisión definitiva con respecto a su participación es responsabilidad exclusiva tanto mía como de él.

FIRMA OBLIGATORIA:

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

Nombre del padre/tutor legal

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Nombre del testigo de UTRGV

Firma del testigo de UTRGV

Fecha

Nombre del programa: _____

Fecha(s): _____ Horario(s): _____

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre del participante: _____ Nombre del padre/tutor legal: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Teléfono particular _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____

Correo electrónico _____

____ No, mi hijo no necesita tomar ningún medicamento con receta durante su participación en el programa para jóvenes (en caso de respuesta negativa, pasar a la sección C).

____ Sí, mi hijo necesitará tomar medicamentos con receta durante su participación en el programa para jóvenes.

Este formulario deberá completarse en su totalidad para que sea el mismo participante quien se administre el medicamento recetado. Será necesario completar un formulario de administración de medicamentos nuevo para cada campamento al que asista el participante y cada medicamento, así como cada vez que haya un cambio en la dosis o el horario de administración del fármaco. Son necesarias tanto la autorización y firma de un profesional de la salud con licencia como la firma del padre/tutor.

- El medicamento recetado deberá venir en su envase original etiquetado por el farmacéutico o el profesional recetante. La etiqueta deberá incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del farmacéutico o médico recetante.
- Los envases deberán contener solo la cantidad que el participante vaya a necesitar durante su asistencia al programa para jóvenes.
- *Todos los medicamentos con receta (incluidos aquellos para afecciones como alergias a alimentos, fármacos o insectos; para diabetes; para asma; o para epilepsia) pueden traerse al programa para jóvenes con la condición de que el participante pueda encargarse de su cuidado y administración y que cuente con la autorización por escrito de un profesional de la salud con licencia que se lo permita durante su asistencia al programa para jóvenes.*

A. AUTORIZACIÓN DEL PROFESIONAL RECETANTE PARA LA ADMINISTRACIÓN POR CUENTA PROPIA DE FÁRMACOS

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____

Afección para la cual se administra: _____

Instrucciones específicas (p. ej., con el estómago vacío, con agua, etc.) _____

Horario/frecuencia de administración: _____

Si es según se necesite, ¿con qué frecuencia? _____

Si es según se necesite, ¿para qué síntomas? _____

Efectos secundarios relevantes: _____

El medicamento se administrará del _____ / _____ / _____ al _____ / _____ / _____

Requisitos especiales de almacenamiento: _____

¿Es el participante capaz de gestionar su cuidado y administración? _____

Nombre y puesto del profesional recetante: _____ Lugar de trabajo: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Por la presente confirmo que esta persona ha recibido instrucciones para la adecuada administración por cuenta propia del/de los medicamento(s) recetado(s).

Firma del profesional recetante: _____ Fecha: _____

B. AUTORIZACIÓN, EXENCIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PADRE/TUTOR PARA LA ADMINISTRACIÓN POR CUENTA PROPIA DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Autorizo y recomiendo que mi hijo se administre él mismo el medicamento antes mencionado. Afirmo asimismo que él/ella recibió instrucciones de parte de su médico sobre la adecuada administración de dicho medicamento. Indemnizaré y eximiré de toda responsabilidad a la institución, a su junta rectora, funcionarios, personal y representantes de los reclamos que se puedan derivar de que mi hijo se administre él mismo el/los medicamento(s) recetado(s).

Yo/Nosotros tenemos autoridad legal para consentir al tratamiento médico para el campista antes mencionado, lo cual incluye la administración de medicamentos en el campamento previamente nombrado.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Tel. particular _____ Tel. celular _____ Tel. del trabajo _____

C. AUTORIZACIÓN, EXENCIÓN Y CONSENTIMIENTO PARENTAL/DEL TUTOR PARA MEDICAMENTOS SIN RECETA

En ocasiones, se podrán administrar medicamentos de venta libre (sin receta) si el padre/tutor del participante del programa para jóvenes así lo autoriza. En caso de que su hijo necesite alguno de los siguientes medicamentos sin receta durante su asistencia, favor de seleccionarlo ahora para ahorrar tiempo. Nota: NO podremos administrar NINGÚN medicamento sin autorización parental.

- No, mi hijo no necesitará tomar ningún medicamento sin receta mientras asista al programa de jóvenes.**
- Sí, mi hijo podría necesitar tomar medicamentos sin receta mientras asiste al programa de jóvenes (en caso de respuesta afirmativa, completar la siguiente sección):**

Por la presente autorizo la administración de los siguientes medicamentos a _____
(nombre del menor) si surge la necesidad. Solo podrán administrarse aquellos que estén marcados.

- Ungüentos para la cura de heridas menores, primeros auxilios, según lo indicado (antiséptico, antipicazón, antiescozor, antibiótico, quemaduras solares).
- Tylenol/paracetamol, según lo indicado.
- Aspirina/ibuprofeno, según lo indicado.
- Pastillas o aerosol para dolor de garganta, según lo indicado.
- Micatin o tratamientos antihongos para pie de atleta, según lo indicado.
- Kaopectate o Imodium para la diarrea, según lo indicado.
- Leche de magnesia, Pepto Bismol o Mylanta para malestar estomacal o náuseas, según lo indicado.
- Roloids o Tums para reflujo ácido, acidez estomacal o indigestión, según lo indicado.
- Benadryl para hinchazón, urticaria o reacción alérgica, según lo indicado.
- Actifed o Sudafed para congestión nasal o alivio de alergias, según lo indicado.
- Visine u otras gotas para los ojos para irritación ocular leve.
- Ungüento labial medicinal para labios secos y agrietados o con llagas, según lo indicado.
- Gotas óticas para otitis externa, según lo indicado.
- Pomada de hidrocortisona para irritaciones leves de la piel, contacto con hiedra venenosa y picaduras de insectos, según lo indicado.
- Talco medicinal para irritación cutánea, según lo indicado.
- Robitussin u otro jarabe para la tos, según lo indicado.
- Loción de calamina para picaduras de insectos y contacto con hiedra venenosa.
- Protector solar.
- Repelente de insectos.
- Otros (incluir cualquier otro medicamento sin receta aprobado). _____

El personal del programa para jóvenes se reserva el derecho de usar equivalentes genéricos de los medicamentos de venta libre de marca que se registran arriba, según estén disponibles.

Entiendo que dicha administración no se hará bajo la supervisión de personal médico. También estoy de acuerdo en el uso de cualquier tratamiento de primeros auxilios, según se requiera.

Se consultará a los padres en caso de presentarse cualquier afección asociada con fiebre o inflamación importante o bien que no responda al tratamiento descrito anteriormente. Se avisará al padre/tutor si se presenta alguna condición que requiera tratamiento con alguno de los medicamentos de venta libre anteriores que no se haya marcado.

Entiendo que estos medicamentos de venta libre no necesariamente se mantienen a la mano y están disponibles para su administración inmediata.

Autorizo la administración de medicamentos de venta libre a mi hijo según lo indicado anteriormente. Indemnizaré y eximiré de toda responsabilidad a la institución, a su junta rectora, funcionarios, personal y representantes de los reclamos que se puedan derivar de que mi hijo se administre él mismo medicamentos sin receta.

Yo/Nosotros tenemos autoridad legal para consentir al tratamiento médico para el campista antes mencionado, lo cual incluye la administración de medicamentos en el campamento especificado.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Tel. particular _____ Tel. celular _____ Tel. del trabajo _____



Universidad de Texas de El Valle del Río Grande™

[Nombre del campamento de verano]

Lista de individuos autorizados

Según las reglas, no se permitirá a los participantes salir de la escuela con nadie que no haya sido previamente autorizado por su padre/tutor legal. Para garantizar la seguridad de su hijo(a), favor de proporcionar al programa una lista de nombres que usted (padre/tutor legal) apruebe para recoger a su hijo(a) en caso de emergencia y solo si no puede recoger a su hijo(a) usted mismo.

Nombre	Relación	Dirección	Teléfono
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Para recoger a los participantes se deberá mostrar una identificación con fotografía emitida por el gobierno o la tarjeta de autorización de los padres para recoger al menor (si el programa para jóvenes la proporciona).

Yo, _____, como padre o tutor legal de _____, por la presente autorizo al personal del programa para jóvenes de UTRGV a permitir que los individuos mencionadas anteriormente recojan a mi hijo(a) y eximo al personal del programa para jóvenes de UTRGV de cualquier responsabilidad que pueda derivarse de que estas personas individuos los recojan. Entiendo completamente que, una vez que uno de estos individuos autorizados haya recogido a mi hijo(a), será responsabilidad de este, y no del programa, garantizar la seguridad y bienestar del menor.

*Nota: En caso de inquietudes o circunstancias especiales acerca de la recogida de su hijo, favor de consultarlo con el director del programa para jóvenes.

Nombre del padre/tutor legal

Firma del padre/tutor legal

Fecha

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información personal que se proporcione a UTRGV se mantendrá en [NOMBRE DEL DEPARTAMENTO DE UTRGV]. Dicha información está protegida por la Ley de Derechos y Privacidad Educativos de la Familia de 1974.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

Yo, _____, autorizo que UTRGV publique los expedientes académicos, resultados
Nombre del padre/tutor

de pruebas y otros registros de mi hijo(a) _____ al personal profesional de UTRGV para fines de evaluación. Autorizo asimismo al personal profesional de UTRGV a compartir dicha documentación con otras instituciones a efectos de ingreso, planificación educativa y desarrollo de programas.

- Sí, acepto** las condiciones aquí estipuladas.
- No, no acepto** las condiciones aquí estipuladas.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE FOTOGRAFÍAS

Yo, _____, autorizo a UTRGV a usar las fotografías de _____.
Nombre del padre/tutor *Nombre del participante*

Comprendo que estas fotografías se utilizarán con fines promocionales, de captación e informativos en forma de boletines informativos, periódicos, folletos, álbumes de recortes, anuncios, noticias, documentales, videos promocionales o cualquier otro medio de comunicación que requiera de su imagen.

- Sí, acepto** las condiciones aquí estipuladas.
- No, no acepto** las condiciones aquí estipuladas.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR PARA LAS DECLARACIONES ANTERIORES

Firma del padre/tutor

Fecha