

Sueños sin Fronteras: Making College Dreams a Reality

Saturday, April 13, 2024 at the University of Notre Dame

Sponsored by the Institute for Latino Studies, (574) 631-4440

Applications are due Monday, 3/25/24

Please complete all of the application using black or blue ink. Print only please.

Favor de llenar la solicitud completa en letra de imprenta molde usando tinta negra o azul.

Student Information (*Información del estudiante*):

First Name (*Nombre*) Middle Name (*Segundo Nombre*) Last Name (*Apellido*)

Address (*Dirección*)

City (*Ciudad*) Zip Code (*Código Postal*) Home Phone (*Número Telefónico*)

School (*Escuela*) Grade (*Grado*) T-shirt Size (*Talla de Camisa*)

Parent/Guardian Information [*Información de padre(s) o persona(s) legalmente responsable por el estudiante*]:

Legal Guardian(s) [*Nombre(s)*]

Home Phone (*Número telefónico - Casa*) Work Phone (*Número telefónico - Trabajo*)

Emergency Contact (*Contacto de Emergencia*)

Emergency Contact Phone Relationship to Student
(*Número telefónico - Contacto de Emergencia*) (*Parentesco*)

Please submit your application forms to your counseling office or mail to:
Por favor de entregar su aplicación a su oficina de consejería o enviar por correo a:

**Sueños Sin Fronteras
Institute for Latino Studies
315 Bond Hall
Notre Dame, IN 46556**

INSTITUTO DE ESTUDIOS LATINOS – Sueños Sin Fronteras: La Universidad Hecha Realidad
ACUERDO DE RENUNCIA, LIBERACION E INDEMNIZACION PARA MENORES DE EDAD

Yo, _____, soy el padre (madre) o guardián de _____ que estará participando en el retiro *Sueños Sin Fronteras: la universidad hecha realidad* (“el Programa”) ofrecido por la Universidad de Notre Dame du Lac (“la Universidad”), en Notre Dame, Indiana, durante el día **13 de abril del 2024**. Yo estoy completamente consciente de que la participación de mis hijos(as) en el Programa es totalmente voluntaria.

Considerando que le acuerdo de la Universidad permite que mis hijos(as) participen en el mencionado Programa, con respecto a los términos reconocidos por la presente, acuerdo lo siguiente:

1) Yo, individualmente, y en representación de mi hijo(a) menor de edad y de nuestros herederos, sucesores, designados y representantes personales, por medio de la presente liberamos, absolvamos y eximimos a perpetuidad a la Universidad y sus empleados, agentes, sirvientes, oficiales, síndicos y representantes (en sus capacidades individuales y oficiales) por alguna y todas las responsabilidades cualquiera que fuere, por alguno o todos los daños, pérdidas, lesiones a personas o daños a la propiedad o ambos, incluyendo, pero no limitado a, cualquier reclamo, demandas, acciones, causas por acciones, daños, costos, honorarios y gastos de abogado, que pudieron presentarse a partir de, durante o en conexión con la participación de mi hijo(a) o a alguna otra persona en conexión con la asociación de mi hijo(a) con, o participación en, las actividades en, patrocinadas por, o que se deriven de su desplazamiento o desde la Universidad.

2) Yo, individualmente, en el nombre de mi hijo(a) menor de edad y de nuestros herederos, sucesores, designados y representantes personales, por medio de la presente acordamos indemnizar, defender y no causar daños a la Universidad y sus empleados, agentes, sirvientes, oficiales, síndicos y representantes (en sus capacidades individuales y oficiales) por alguna y todas las responsabilidades, pérdida o daño que ellos o alguno de ellos incurra o sufra como resultado de cualquier reclamo, demanda, acciones, causas de juicios por acciones, gastos o costos, incluyendo los honorarios del abogado, que resulten con ocasión de la participación de mi hijo(a) en el Programa mencionado incluyendo su desplazamiento hacia o desde la Universidad.

3) Yo por medio de la presente acepto y reconozco que existen ciertos riesgos provenientes de varias actividades, incluyendo pero no limitado a, lesiones corporales, que pudieran resultar de la participación de mi hijo(a) en el Programa mencionado de la Universidad. Yo he decidido deliberada y voluntariamente asumir los riesgos de los peligros inherentes con relación al permiso de la Universidad para permitir que mi hijo(a) menor de edad participe en el Programa mencionado.

4) Yo acepto y garantizo que mi hijo(a) se encuentra protegido(a) durante el transcurso de este Programa por una póliza de seguro de amplia cobertura en salud y en caso de accidente, la cual suministra cubrimiento por lesiones que mi hijo(a) pueda sufrir como producto de su participación en este Programa. Yo por medio de la presente libero eximo a la Universidad de toda responsabilidad por cualquier lesión, enfermedad, pagos por servicios médicos, pagos o gastos similares que mi hijo(a) pudiere incurrir mientras participa en este Programa. Yo estoy de acuerdo en informarle al director de la Programa de la Universidad sobre cualquier condición mental o física que mi hijo(a) pueda padecer, el cual puede requerir de atención médica especial o de alojamiento durante el Programa, por lo menos con treinta (30) días de anticipación al comenzar el Programa.

5) Yo por medio de la presente acepto y reconozco que mi propiedad personal está completamente bajo mi propio riesgo.

6) La Universidad se reserva el derecho de rechazar la aceptación o permanencia de mi hijo(a) durante el transcurso del Programa en cualquier momento en el que las acciones de el (ella) o de su conducta en general, impida la operación del Programa, o los derechos o el bienestar de cualquier persona. De igual modo, si la conducta de mi hijo(a) viola cualquier política o procedimiento establecido por la Universidad, yo entiendo que mi hijo(a) puede solicitársele que se retire del Programa a sola discreción de los agentes y representantes de la Universidad que correspondan para ejercer las acciones disciplinarias a que diere lugar. En tales circunstancias, no se reembolsará el dinero pagado por alguno porción del Programa que no se haya desarrollado. La Universidad se reserva el derecho, a su propia discreción, para cancelar el Programa o algún aspecto relacionado con este, previo a su inicio.

7) Yo estoy conforme con este Acuerdo de Renuncia, Liberación e Indemnización y que esta Declaración de Responsabilidad y Autorización tienen el carácter de amplia y general hasta los términos que están permitidos por las leyes del estado de Indiana de los Estados Unidos, y si alguno parte de este acuerdo se considera invalidez, no obstante, acordamos que aquello que permanezca conforme a lo acordado continuará totalmente con efecto y vigencia legales.

8) Yo por medio de la presente otorgo consentimiento para cualquier publicación, incluyendo el uso del nombre de mi hijo(a) y demás aspectos relacionados con mi participación en este Programa.

9) Mediante la firma de este Acuerdo de Renuncia, Liberación e Indemnización y que esta Declaración de Responsabilidad y Autorización, Yo por medio de la presente reconozco y acepto que he leído el documento en toda su integridad, que entiendo sus términos y disposiciones, que Yo entiendo que este afecta mis derechos legales y los de mi hijo(a), que es un Acuerdo obligatorio y que lo he firmado intencionalmente y de manera voluntaria.

Firma de padre o guardián

Nombre de padre/guardián (en letra de imprenta)

Fecha

UNIVERSIDAD DE NOTRE DAME

FORMULARIO DE INFORMACION DE SALUD Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA

Menores

Programa/Evento: Sueños sin Fronteras: la universidad hecha realidad Fecha de evento: 13 de abril del 2024

Nombre de estudiante/menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Permiso para tratamiento: La historia de salud escrita en este formulario es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Con mi firma, doy permiso y autorizo la provisión de tratamiento médico de emergencia para menores/estudiantes que se enfermen o lesionen durante su participación en un programa patrocinado por la Universidad de Notre Dame du Lac y cuando los padres o guardianes no pueden ser contactados.

Divulgación de información: Con mi firma, autorizo a la Universidad de Notre Dame a divulgar información médica con respecto al estudiante/menor antes mencionado a cualquier persona o entidad con quien la Universidad de Notre Dame refiere para tratamiento médico.

PARA OTORGAR EL CONSENTIMIENTO

Yo, _____ de _____,
(Nombre de Padre/Guardián) (Ciudad)

_____, _____, por la presente declaro que soy
(Condado) (Estado)

padre o guardian de: _____, un menor de edad.
(Nombre de estudiante)

En caso de una emergencia mientras mi hijo(a) está bajo la supervisión del personal de la Universidad de Notre Dame du Lac, por la presente autorizo que el personal obtenga atención médica para mi hijo(a). Por la presente doy mi consentimiento para cualquier examinación, anestésico, diagnóstico médico, cirugía o tratamiento, transfusión de sangre y/o atención hospitalaria que se prestara con respecto al menor bajo la generalidad o supervisión especial y con el consejo de un médico o cirujano licenciado para ejercer durante el periodo del programa. Cualquier tratamiento será a mi cargo y estoy de acuerdo de reembolsar la universidad o sus representantes por cualquier gastos que quien sea acumule en respecto a la condición o tratamiento de mi hijo(a). Este permiso no da lugar, y no esta desinado para dar lugar a una obligación legal debida por la universidad a mi hijo(a). Por lo presente libero y por siempre descargo la Universidad de Notre Dame de Lac y sus empleados, agentes, oficiales, síndicos, afiliados y representantes de cualquier y toda obligación de cualquier tipo para cualquier reclamo, demanda, acción, causa de acción, gasto (incluyendo gastos de hospital y médicos), juicio o costo, incluyendo sin limitación honorarios de abogados, co-pagos o deducibles que surjan de o relacionan en cualquier manera con el ejercicio de la autoridad o sentencia conforme al presente, o para la obtención, supervisión, administración o supervisión de tratamiento médico u otros métodos de tratamiento en nombre de mi hijo(a) menor en cualquier momento o cualquier de sus viajes incidente.

Médico de familia: _____ Numero de teléfono: _____

Dentista de familia: _____ Número de teléfono: _____

Seguranza medica: _____, _____, _____
(Número de identificación) (Numero de grupo) (Nombre del miembro)

Historia medica: Algunas alergias, si es que tiene, incluyendo medicamento y comidas: _____

Enfermedades crónicas o ya existentes o problemas médicos (p.ej. diabetes, epilepsia): _____

Medicamentos su hijo(a) está tomando y dosis: _____

Fecha de última inyección contra el tétano o booster (si se conoce): _____

Restricciones físicas: _____

Me puede contactar a estos números telefónicos in caso de emergencia:

_____, (_____) _____
(Nombre y localidad) (Numero telefónico)

_____, (_____) _____
(Nombre y localidad) (Numero telefónico)

_____, _____
(Firma de padre/guardián) Fecha:

UNIVERSIDAD DE NOTRE DAME
RETIRO *SUEÑOS SIN FRONTERAS: LA UNIVERSIDAD HECHA REALIDAD*
DECLARACION DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACION
ACUERDO DE RENUNCIA, DIVULGACION E INDEMNIZACION
MENORES DE EDAD

Yo, _____ soy el padre (o madre) o guardián de un(a) joven quien participó en el retiro (“Programa”) *Sueños sin Fronteras: la universidad hecha realidad* en la Universidad de Notre Dame du Lac (“la Universidad”) Notre Dame, Indiana, durante el día **13 de abril del 2024**. Estoy completamente consciente de que la participación de mi hijo(a) en el programa es totalmente voluntaria.

Teniendo en cuenta el acuerdo de la Universidad para permitir que mis hijos(as) participen en el mencionado Programa, el recibo y las condiciones en los términos reconocidos por la presente, acuerdo lo siguiente:

Por medio de la presente doy consentimiento para cualquier publicación, incluyendo el uso de mi nombre y demás aspectos relacionados con mi participación en este Programa.

Al firmar este acuerdo de renuncia, divulgación e indemnización; declaración de responsabilidad y autorización, por medio de la presente certifico y represento que he leído este documento en su integridad, que entiendo sus términos y sus disposiciones, que entiendo que esto afecta mis derechos legales y los de mis hijos(as), que este es un Acuerdo obligatorio, y que lo he firmado intencionalmente y de manera voluntaria.

Fecha: _____ del 2024

Nombre del hijo(a) (escriba en letra de imprenta)

Firma del padre o guardián

Nombre del padre o guardián (escriba en letra de imprenta)