

Formulario de permiso para la Sesión de Capacitación y Construcción de Alianzas

Si es seleccionado como Embajador Estudiantil, su hijo asistirá a la Sesión de Capacitación y Construcción de Alianzas (ABTS, por sus siglas en inglés). La Sesión de Capacitación y Construcción de Alianzas de Johnson & Johnson es una conferencia anual de desarrollo profesional, aprendizaje, establecimiento de redes de contactos e intercambio entre sedes para los socios de Bridge to Employment (BTE, por sus siglas en inglés). **Este no es un evento patrocinado por la escuela; está organizado por FHI 360 y Johnson & Johnson.** Alrededor de 100 representantes de empresas operadoras locales, educadores y líderes comunitarios y estudiantes de todo el mundo se reúnen para compartir experiencias y aprender sobre programas efectivos y mejores prácticas. Los Embajadores Estudiantiles son un componente integral de la ABTS.

|  |  |
| --- | --- |
| *Fecha* | Del 2 al 4 de octubre de 2019 |
| *Lugar* | New Brunswick, New Jersey, EE.UU. |
| *Costo* |  FHI 360 cubrirá los gastos de viaje asociados con la asistencia a la ABTS, incluyendo boletos de avión, hospedaje, comidas y seguro de salud. |
| *Chaperones* | El coordinador de la sede de BTE actuará como chaperón y supervisará a los estudiantes en todo momento durante el viaje de ida y vuelta a la ABTS. El coordinador de la sede de BTE y personal de FHI 360 actuarán como chaperones de los estudiantes durante su estadía en New Jersey. |

Devuelva este formulario de permiso a más tardar el: **20 de marzo de 2019**

Doy permiso para que mi hijo

asista a la ABTS del 2 al 4 de octubre de 2019 en New Brunswick, New Jersey. Estoy de acuerdo en que mi hijo viaje bajo la supervisión del personal de BTE**. Reconozco que la ABTS no es un evento patrocinado por la escuela y entiendo que mi hijo podría incurrir en ausencias injustificadas de la escuela debido a su participación.**

En caso de una emergencia, doy permiso para que mi hijo reciba tratamiento médico. En caso de tal emergencia, pónganse en contacto con:

Nombre en letra de imprenta

Teléfono Correo electrónico:

Firma del padre/madre/tutor Fecha



**Permiso para usar fotos y/o historia**

**ACUERDO**

Estoy de acuerdo en permitir a FHI 360 y/o sus socios que publiquen, registren y utilicen fotos de mí y/o mi historia en formatos impresos y electrónicos tales como publicaciones, videos, proyectos y sitios web que ayudan a impulsar las iniciativas de salud pública y desarrollo. Entiendo que mi foto o historia puede publicarse en cualquiera de estos medios sin restricciones.

Entiendo que no recibiré ningún pago u otro tipo de compensación por el uso de mi historia o fotos

|  |  |
| --- | --- |
| Firma | Fecha |
|  |  |
| Nombre del sujeto en letra de imprenta |  |
|  |  |
| Dirección del sujeto |  |
|  |  |
| Padre/madre/tutor legal (si es menor de 18 años) | Fecha |

*FHI 360 es un nombre comercial de Family Health International*