

# Youth Volunteer Registration: For volunteers under 18 years of age

Clean Day on the Greenway – a Global Youth Service Day event – APRIL 24, 2010

Please print neatly or type responses. Return to Daemion Lee at: City Year Rhode Island • 77 Eddy Street 2<sup>nd</sup> Floor Providence, RI 02903

Phone: (401) 454 – 3743 • Cell: (401) 808-2268 • Fax: (401) 553-2510 • dalee09@cityyear.org

## YOUTH VOLUNTEER INFORMATION

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Gender:  Male  Female

Address: \_\_\_\_\_ City, State, Zip: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Home Phone #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ School volunteer attends: \_\_\_\_\_

## EMERGENCY MEDICAL ATTENTION INFORMATION

**Medical Concerns:** Please describe any medical/physical conditions which City Year staff should be aware of. Please include any dietary restrictions, allergies, chronic health conditions, and/or medications.

**Emergency Contacts:** Please list two emergency contacts

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Day Phone #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Day Phone #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Primary Doctor/Pediatrician:** \_\_\_\_\_ Phone #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Insurance Carrier:** \_\_\_\_\_ Policy #: \_\_\_\_\_ Phone #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## PERMISSION TO PARTICIPATE: INFORMED CONSENT FOR PARTICIPATION, WAIVER OF LIABILITY, AND AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL CARE

I, \_\_\_\_\_, being the parent/legal guardian of \_\_\_\_\_, a minor, do hereby consent to his/her participation in voluntary projects, events, and programs sponsored and/or organized by the Global Youth Service Day Collaborative. I hereby give permission for the Global Youth Service Day Collaborative to transport my son/daughter on all service projects inside Rhode Island. I understand that he/she is responsible for his/her behavior and will only perform volunteer work or participate in activities that he/she is comfortable doing. Having read this waiver and knowing these facts and in consideration for the acceptance the above-named minor's participation in the Global Youth Service Day Collaborative's organized and/or sponsored projects, events, and programs, I do hereby waive and release the Global Youth Service Day Collaborative, the sponsors, their staff and all persons directly or indirectly related to the program of any project my son/daughter works on, from any and all claims that may arise as a result of any expenses, personal injury, loss or damages incurred by my son/daughter during his/her participation in a Global Youth Service Day Collaborative volunteer program. I understand the staff is trained in first aid and I authorize them to give my child first aid when staff deems it appropriate. I understand that every effort will be made to contact me in the event of an emergency requiring medical attention for my child. However, if I cannot be reached in the case of accident or illness, I grant the Global Youth Service Day Collaborative staff members the power to authorize emergency medical treatment necessary for my child. In the event I cannot be contacted, I further authorize and consent to the administration of any and all medical, dental, and surgical examinations or operations and treatment of all other related care, including the administration of drugs, tests, injuries, anesthesia and/or blood transfusions to the above named minor person that may be ordered by the physician and/or dentist in attendance at the medical center deemed necessary for emergency treatment. I hereby consent to the release of medical reports to any doctor or agency and consent to the admission of the above named minor person to the hospital.

\_\_\_\_\_  
*Signature of Parent/Guardian*

\_\_\_\_\_  
*Date*

## PERMISSION TO TAKE AND USE PHOTOS AND QUOTES: INFORMED CONSENT FOR PARTICIPANT REPRESENTATION IN PUBLICATIONS

In order to promote community and national service, the Global Youth Service Day Collaborative relies on the use of photos and quotes from participants. As such, I hereby authorize and grant permission for the Global Youth Service Day Collaborative to use any photos, film, digital imaging, videos, verbal and written statements of the above stated participant or their likeness for promotional, web usage, or other uses by the Global Youth Service Day Collaborative either associated with the project, event, program, or otherwise. I acknowledge that I will not receive compensation for the use of such materials, and I hereby waive any and all claim to any such compensation.

\_\_\_\_\_  
*Signature of Parent/Guardian*

\_\_\_\_\_  
*Date*

# Inscripción de Voluntarios para menores de edad (-18)

Un Día de Limpieza en la Vía Verde – un evento del Día Mundial de Servicio Juvenil – ABRIL 24, 2010

Por favor, entrega a Daemion Lee a: City Year Rhode Island • 77 Eddy Street 2<sup>nd</sup> Floor, Providence, RI 02903  
Fax: (401) 553-2510 • Email: dalee09@cityyear.org • Phone: (401)454-3743 • Cell: (401) 808-2268

## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre: \_\_\_\_\_  
**APELLIDO**                      **NOMBRE**                      **SEGUNDO NOMBRE**      Género (opcional):  M  F      Teléfono #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_      Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_      Escuela que el voluntario asiste: \_\_\_\_\_      Grado: \_\_\_\_\_      Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN EN CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA

**Condiciones Médicas:** Por favor indica las condiciones medicas y físicas de las cuales el estaff del GYSD Collaborative debería estar informados. Por favor incluye restricciones dieteticas, alergias, condiciones médicas crónicas, y/o medicamentos.

**Contactos de Emergencia:** Por favor da dos contactos en caso de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_      Relación: \_\_\_\_\_      Teléfono #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_      Relación: \_\_\_\_\_      Teléfono #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_      Teléfono #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Seguro medico: \_\_\_\_\_      Numero de la póliza: \_\_\_\_\_      Teléfono #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## PERMISO PARA PARTICIPAR: CONSENTIMIENTO CON CONOCIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN, RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN POR ATENCION MEDICA

Yo, \_\_\_\_\_, siendo el padre/madre/tutor de \_\_\_\_\_, un menor de edad, doy mi consentimiento a la participación en los proyectos voluntarios organizados y/o patrocinados por la Cooperativa del Día Mundial de Servicio Juvenil. Doy mi permiso a la Cooperativa del Día Mundial de Servicio Juvenil a transportar a mi hijo/a en los proyectos de servicio de Rhode Island. Entiendo que el/ella es responsable por su comportamiento, y que solo participará en actividades y trabajos voluntarios con los cuales se sienta comodo. Ya que he leído esta extensión de responsabilidad y sabiendo estos hechos, y en consideración por la aprobación de la participación de mi hijo/a en los proyectos, eventos, y funciones organizados y/o patrocinados por la Cooperativa del Día Mundial de Servicio Juvenil, yo, por mi hijo/a, libero, renuncio y exonero la Cooperativo del Día Mundial de Servicio Juvenil, sus organizaciones aliadas y/o patrocinadores de cualquier proyecto o evento, y cualquier persona involucrada, sea directamente o indirectamente, en los proyectos en los cuales participa mi hijo/a, de todas las quejas y responsabilidades legales y financieras, de cualquier tipo, que surjan, sea directa o indirecta, de cualquier daño o herida, durante la participación de mi hijo/a en cualquier evento o proyecto organizado o patrocinado por la Cooperativa del Día Mundial de Servicio Juvenil. Entiendo que el estaf está entrenados en primeros auxilios y les autorizo a dar los primeros auxilios a mi hijo/hija cuando considere que sea necesario. Entiendo que harán el esfuerzo posible para comunicarse conmigo en cualquier caso de emergencia médica de mi hijo/a. En la situación de no poderme contactar, tambien autorizo y doy consentimiento que le/la adminstren cualquier examen o cirugía físico, médico, dental, y todo el tratamiento relacionado, incluyendo la administración de medicamentos, exámenes, anestesia, y/o transfusión de sangre al menor mencionado, que considere necesario el medico o dentista presente en el centro medico donde sea necesario llevar mi hijo/a. Tambien doy consentimiento a la divulgación de la información médica a cualquier medico o agencia y doy consentimiento a la admisión al hospital del menor mencionado.

\_\_\_\_\_  
*Firma de Padre/Madre/Tutor*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

## CONSENTIMIENTO PARA LA REPRESENTACIÓN DEL PARTICIPANTE EN PUBLICACIONES

La Cooperativa del Día Mundial de Servicio Juvenil está comprometido a avanzar el discurso y el crecimiento del servicio nacional en el ambito público. Por eso, doy permiso al Cooperativo del Día Mundial del Servicio Juvenil para usar cualquier foto, película, imagen digital, video, declaración verbal o escrita del participante mencionado antes o su imagen por cualquier uso promocional, en la página electronica o cualquier otro uso por el Cooperativo del Día Mundial del Servicio Juvenil, sea asociado o no con el programa, proyecto o evento. Por lo tanto, yo estoy de acuerdo de que el Cooperativo del Día Mundial del Servicio Juvenil use cualquier fotografía o imagen propia en cualquier momento durante mi participación en el programa o después, sin ninguna aprobación previa. Reconozco que no recibiré por el uso de dichos materiales, y por lo tanto, sedo el derecho a reclamar dicha compensación.

\_\_\_\_\_  
*Firma de Madre/Padre/Tutor*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*