



Iowa Specialty Hospital

Specializing in You

**Consentimiento de padres/tutores para el Programa de
Jóvenes Voluntarios para el verano de 2022**

Por la presente doy mi consentimiento para que _____ participe en el Programa de Jóvenes Voluntarios en Iowa Specialty Hospitals and Clinics. Entiendo que si mi hijo(a) acumula dos (2) semanas de ausencias sin justificación, él/ella será retirado(a) del programa.

¿Su hijo(a) tiene algún problema de salud especial? Sí: _____ No: _____

Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Contacto de emergencia del Programa de Jóvenes Voluntarios: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Nombre del padre/madre/tutor (en letras de imprenta): _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Dirección de correo electrónico del padre/madre/tutor: _____