

4-H Mini Inscripción

(Please Print)

4-H Year 2025 - 2026**Condado: Elkhart**

Preferencia de Correspondencia

- ☐
- Correo Postal
-
- ☐
- Email

Apellido

Email Familiar

Email

(Si es diferente al familiar)

Nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo

Nombre de preferencia

Dirección

Segunda Dirección (Si aplica, Apt. #)

Ciudad

Estado

Código Postal

Fecha de Nacimiento
(mes/día/año)

Sexo

- ☐
- Masc
-
- ☐
- Femenino

Teléfono Principal

()

Celular ()

- ☐
- Me gustaria recibir
-
- mensajes de texto.

Proveedor de servicio celular (si usted quiere recibir mensajes de
texto)**Padre/Tutor 1**

Nombre

Apellido

Celular

Teléfono del Trabajo

Padre/Tutor 2

Nombre

Apellido

Celular

Teléfono del Trabajo

Dirección (si es diferente a la
dirección familiar)

Dirección 2 (si aplica, Apt. #)

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono de casa

Email
(Si es diferente al familiar)**Segundo Hogar**

Enviar Correspondencia

- ☐
- Sí
-
- ☐
- No

Preferencia de Correspondencia

- ☐
- Correo Postal
-
- ☐
- Email

Segundo Hogar
Apellido

Teléfono principal

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Email

En Caso de Emergencia

Nombre

Teléfono

Celular

Relación

Voluntarios¿Es usted un líder juvenil?
(Junior Líder, Dirigente del
Club, Representante Juvenil
del Comité del 4-H)☐ No☐ Sí

Purdue University Cooperative Extension Service is an equal access/equal opportunity institution.

No Program Fee for Mini 4-H

Received Date: _____ 4HOnline Entry Date: _____ Entered By: _____

Inscripción

Etnicidad	¿Es usted de origen étnico Hispano? ☐ No ☐ Sí (por favor indique dos origen étnico y raza)				
Raza--marque todo lo que aplica	☐ Blanco		☐ Negro	☐ Nativo de Hawaii o Islas Asiáticas del Pacífico	
	☐ Indígena o Nativo de Alaska			☐ Preferir No Indicar	
Residencia	☐ Agrícola (área rural donde los productos agrícolas se venden)				
	☐ Pueblo de menos de 10,000 y no agrícola		☐ Suburbio de la ciudad de más de 50,000		
	☐ Pueblo/Ciudad 10,000–50,000 y sus suburbios		☐ Centro de la ciudad de más de 50,000		
Militar militar	☐ Nadie en la familia está prestando servicio militar ☐ Tengo un padre prestando servicio militar				
	☐ Tengo un(a) hermano(a) prestando servicio militar				
Rama	☐ Fuerzas aéreas	☐ Ejército	☐ Depart. De Defensa—no Militar	☐ Infantería de Marina	☐ Marina
Componente	☐ En servicio	☐ Guardia Nacional	☐ Reservas		
Escuela del Condado	Escuela del Distrito				
Nombre de la Escuela					
Tipo de Escuela	☐ Pública	☐ Educación en casa /Alternativa			
	☐ Privada	☐ Extensión/Escuela Especializada			
	☐ Educación Especial Vocacional	☐ Chárter School			
Grado en la escuela a partir Octubre 1, 2025					

Autorizaciones

4-H Desarrollo de la Juventud Liberación de Responsabilidades

Entiendo que la participación en actividades de 4-H puede implicar ciertos riesgos para mi hijo. En nombre de mi hijo acepto esos riesgos. Por la presente libero y descargo a la Universidad de Purdue. Los Síndicos de la Universidad de Purdue, los Comisionados del Condado, al Servicio de Extensión de la Cooperativa del Condado, y a cada uno de sus administradores, funcionarios, nombrados, agentes, empleados y voluntarios ("Partes Liberadas") de cualquier reclamación que mi hijo o yo podríamos tener por cualquier lesión o daño a mi hijo, incluyendo por muerte, que surjan de la participación de mi hijo en cualquier actividad relacionada con el programa de desarrollo juvenil 4-H, incluso si dicha lesión o daño es causado por la negligencia o culpa de cualquiera de las Partes Liberadas. No obstante, no libero a estas personas y entidades de la responsabilidad por actos intencionales, injustificados y esta liberación de responsabilidades no se interpretará para incluir tales actos.

☐ Nosotros hemos leído y estamos de acuerdo con estos términos.

Declaración del Padre / Tutor Legal

Yo (nosotros) entiendo, y estoy de acuerdo en seguir y cumplir con las normas, políticas y expectativas del programa 4-H y me comportaré yo (nosotros) de una manera cortés y respetuosa, mostrando un buen espíritu deportivo y tener un papel positivo modelo para la juventud. También yo (nosotros) entiendo que no tener esta actitud será causa de sanciones y / o destitución del miembro del programa.

☐ Nosotros hemos leído y estamos de acuerdo con éstos términos.

Declaración de Normas de Fotos

Yo (nosotros) damos permiso al programa de 4-H *Youth Development* de usar videos o fotografías de mi (nuestro) hijo con propósitos educativos y de promoción de programas de 4-H y/o de la Extensión de Purdue.

☐ Estoy de acuerdo con la declaración de normas de fotos
☐ No estoy de acuerdo con la declaración de normas de fotos.

Nosotros hemos leído y completado todos los requerimientos de autorización de las secciones de arriba.

Firma del Asociado: _____ **Fecha:** _____

Firma del Adulto: _____ **Fecha:** _____

FORMULARIO DE SALUD
(Juventud)

Adjunte una fotografía actual aquí.
La fotografía no será devuelta.

Evento/Actividad/Viaje

Condado

Número de dormitorio y/o habitación

Nombre

Fecha de nacimiento

Dirección de la calle

Ciudad

Estado

Código postal

(Número de teléfono de día)

(Número de teléfono de noche)

Número de celular del joven (si corresponde)

Enumere las actividades que el participante debe evitar (por ejemplo, nadar):

Registro físico del participante

condición del corazón

Diabetes

Infecciones de oído

Enuresis

Alergia a algún medicamento

Enumere los medicamentos a los que es alérgico:

Alergia alimentaria o restricciones dietéticas

Enumere alergias/restricciones

Otras alergias (es decir, polvo, polen, animales)

Enumere otras alergias

Fecha de la última vacuna contra

el tétano: Enumere cualquier medicamento que esté tomando actualmente en el reverso de este formulario.

Describa cualquier condición física, mental o psicológica actual que requiera medicación, tratamiento o restricciones o consideraciones especiales que serían beneficiosas durante la participación en 4-H:

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

De conformidad con el párrafo 16-36-1-6 del Código de Indiana y sujeto a las limitaciones que se enumeran a continuación, solicito y autorizo a los empleados del Servicio de Extensión Cooperativa de la Universidad de Purdue y a sus agentes autorizados a organizar toda la atención médica razonablemente necesaria, incluido el transporte y la hospitalización, para mi hijo mientras asista y participe en eventos y actividades de Desarrollo Juvenil 4-H.

También entiendo que, como resultado de la participación de mi hijo en este programa, será necesario que los empleados de Purdue CES y otro personal autorizado del programa tengan acceso a información médica relevante relacionada con mi hijo, y autorizo el uso y la divulgación de la información médica de mi hijo para promover una experiencia segura y saludable para mi hijo.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Testigo del padre/tutor legal

Fecha

Teléfono del padre/tutor: () ()

Hogar

Trabajar

Se requieren ambas firmas anteriores para ser aceptado para participar.

En caso de que no podamos comunicarnos con usted, indique el nombre y el número de teléfono de una segunda persona con quien contactarnos:

Nombre

DIRECCIÓN

Teléfono: () ()

Hogar

Trabajar

Por favor, complete el anexo que se encuentra en el reverso.

ANEXO AL FORMULARIO DE SALUD JUVENIL 4-H

Complete este formulario si el estudiante está tomando medicamentos recetados en el momento del evento o si un miembro del personal de Extensión u otro personal autorizado le administrará medicamentos de venta libre .

Los medicamentos deben transportarse en sus envases originales.

Condado: _____

Nombre del miembro de 4-H: _____

Nombre del medicamento: _____

¿Para qué enfermedad/afección está indicado este medicamento? _____

Marque todas las siguientes que correspondan:

_____ El personal del evento de Desarrollo Juvenil 4-H puede administrar Tylenol/Ibuprofeno

_____ Benadryl puede ser administrado por el personal del evento de Desarrollo Juvenil 4-H

_____ La medicación debe ser autoadministrada por el estudiante.

_____ Los medicamentos deben ser administrados por el personal del evento de Desarrollo Juvenil 4-H.

Peso del joven: _____ libras.

Dosis: _____ ¿Refrigeración? Sí _____ No _____

Instrucciones especiales: _____

Otra información (si corresponde): _____

Fecha(s) de administración: Desde _____ A _____

Nombre del médico que prescribe: _____ Teléfono: () _____

Nota: Este formulario debe usarse como referencia para los participantes de 4-H que necesiten algún medicamento (con o sin receta). La administración del medicamento es responsabilidad del participante. Si las instalaciones cuentan con personal sanitario y/o personal capacitado para administrar el medicamento, puede solicitarlo antes del evento.

Evento: _____ Fecha(s): _____

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Firma del padre/tutor legal

Fecha