

Art Program Release Form (Confidential)

Formulario de Permiso del Programa de Arte

Complete a separate form for each child attending a DrawBridge art group
Complete un formulario separado para cada niño en grupo de arte

Child Name/Nombre de Niño _____

Birthdate/Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy) _____

Your Relationship/Tu Relación _____

Contact E-mail/Dirección de correo Electrónico E-mail _____

Contact Phone Number/Número de Teléfono de contacto _____

My child participates in DrawBridge programs through the following partner site/Mi niño participa en programas de DrawBridge ofrecido por uno de los siguientes sitios: _____

ART PROGRAM RELEASE FORM

Formulario de Permiso del Programa de Arte

I grant permission for my child, listed below, to participate in the DrawBridge arts program./Yo doy el permiso a mis niños listo para participar en la programa de arte de Drawbridge.

Yes/Si__ No__

COVID-19 AGREEMENT **

I will not send my child to art group if they have been exposed to Covid-19, have Covid-19, or have any symptoms listed below** /No enviaré a mi hijo a un grupo de arte si ha estado expuesto a Covid-19, tiene Covid-19 o tiene alguno de los síntomas que se enumeran a continuación**

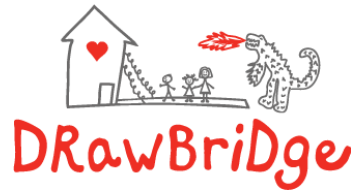
I agree/Estoy de acuerdo __

IMPORTANT/IMPORTANTE: Every participant must wear a face mask and follow established Covid safety protocols when in group/Cada participante debe usar una máscara y seguir los protocolos de seguridad establecidos de Covid cuando esté en un grupo.

I agree that all information is correct and that my child will abide by the rules listed above / Acepto que toda la información es correcta y que mi hijo cumplirá con las reglas enumeradas anteriormente.

Signature/Firma:

Print Name/Nombre en letra de imprenta:



**** COVID-19 SYMPTOMS/SINTONAS DEL COVID-19**

- Fever or chills/Fiebre o escalofríos
- Cough/Tos
- Shortness of breath or difficulty breathing/Dificultad para respirar (sentir que le falta aire)
- Fatigue/Fatiga
- Muscle or body aches/Dolores musculares y corporales
- Headache/Dolor de cabeza
- New loss of taste or smell/Pérdida reciente del olfato o el gusto
- Sore throat/Dolor de garganta
- Congestion or runny nose/Congestion o moqueo
- Nausea or vomiting/Nauseas o vomitos
- Diarrhea/Diarrhea