



Massachusetts Institute of Technology  
**Society of Women  
 Engineers**



## WiSE Otoño 2009 Forma de Permiso

### Información General

Nombre de la estudiante \_\_\_\_\_ Día de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Grado escolar \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
 Dirección (calle) \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Email del padre o la madre (si es posible) \_\_\_\_\_  
 Nombre de un padre o el tutor \_\_\_\_\_ Número de celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
 Nombre de un padre o el tutor \_\_\_\_\_ Número de celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

### Información en caso de emergencia

Liste dos personas aparte de los padres que puedan contactarse en caso de emergencia:

Contacto 1 \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
 Relación con la niña (pariente, amigo, etc.) \_\_\_\_\_  
 Contacto 2 \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
 Relación con la niña (pariente, amigo, etc.) \_\_\_\_\_

Describa el método de llegada (en autobús, carro, metro, etc.): \_\_\_\_\_

¿Tiene la estudiante problemas de salud, alergias (al sol, a medicamentos, a alimentos, o de cualquier otro tipo) o necesidades especiales que puedan limitar su participación en cualquier forma o que requieran atención especial?

No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ (si respondió que sí, por favor explique abajo)

Sí, le doy permiso a \_\_\_\_\_ (nombre de la niña participante) de que participe en el programa WiSE de MIT en **sábado, el 24 de octubre de las 8:30am a las 3:30pm**. Entiendo que ella necesariamente estará en contacto individual con una estudiante de MIT en este programa de tutorial. Le doy permiso de que mi hija sea tratada en el Departamento de Medicina de MIT si acaso surge la necesidad. Entiendo también que seré responsable económicamente de cualquier tratamiento.

\_\_\_\_\_  
 (Firma de un padre o el tutor)

\_\_\_\_\_  
 (Fecha)