

Información de Procurador Remoto [Si se Aplica]

Nombre del Procurador _____

Email del Procurador _____

Número del Procurador _____

Dirección postal del Procurador (para los materiales de la prueba)

Para ser completado por el Maestro/la Maestra de los Estudiantes con Discapacidad Visual
(Por favor llene completamente)

Nombre del Maestro/la Maestra _____

Nombre del Maestro/la Maestra _____ Teléfono de Maestro/a _____

Nombre del Coordinador/a Regional: Matthew Beckwith or Rachel Antoine

Marque uno. Nota: Todos los concursos están en formato UEB solamente.

Nivel de Competición del Alumno: App Fresh Soph JV Varsity
(NO Nivel de Grado en la Escuela) Grades 1-2 Grades 3-4 Grades 5-6 Grades 7-9 Grades 10-12

En el Nivel del Grado **Or** Por Debajo del Nivel del Grado (BGL)

*Si Aprendiz BGL Con Contracciones Sin Contracciones

*Estudiantes que toman un concurso por debajo de su nivel de grado o que toman el concurso aprendiz sin contracciones no son elegibles para asistir a los Finales.

¡Acuérdense Mantente Clama y Adelante con Braille!

Declaración de Permiso y Responsabilidad / Absolución Fotográfica

Por la presente doy permiso a mi hijo o hija para participar en todos los eventos del Reto Braille, incluyendo el concurso preliminar regional y, si elegible, el concurso final en Los Ángeles, CA. En consideración del permiso del Instituto Braille dado a mi hijo o hija para participar en los eventos del Reto Braille, yo, en nombre de mi mismo, mi hijo, nuestros herederos, nuestros sucesores o cesionarios, por la presente renunciamos y liberamos, y aceptamos indemnizar y mantener sin culpa el Instituto Braille de América, Incorporado (Braille Institute of America, Inc.), sus empleados, oficiales, directores, voluntarios, y agentes, incluyendo coordinadores regionales (colectivamente “Partidos de BIA”) de cualquier y todas reclamaciones, incluyendo reclamaciones de negligencia, resultando en lesiones físicas o psicológicas, enfermedades, daños, pérdidas económicas o emocionales, surgiendo de o relacionado a la participación de mi hijo en cualquier evento del Reto Braille.

Autorizo los Partidos de BIA para fotografiar, grabar en video, o de otra manera grabar por modos visuales, audios, electrónicos o maneras manuales, la apariencia visual y/o voz u otros sonidos creados por mi hijo o hija (colectivamente “Reproducciones”). Partidos de BIA, pueden usar o permitir ser usado para el fomento de la misión del Instituto Braille las Reproducciones en cualquier CD, DVD, exhibición, visualización, publicación, solicitud o material promocional o educacional o en cualquier sitio de web, incluyendo sin limitación el sitio de web del Instituto Braille o sus canales de redes sociales, sin compensación a mi hijo, los herederos de mi hijo, sucesores o cesionarios.

COVID-19: Entiendo que la participación de mi hijo en persona en cualquier evento del Reto Braille puede ser condicionado sobre la conformidad de mi hijo con ciertas precauciones, incluyendo sin limitación llenando satisfactoriamente un formulario de salud, el uso adecuado de una mascarilla y el mantenimiento de distanciamiento social especificado.

Nombre del Hijo _____

Firma del Padre/Guardia _____

Typing your name in this field will be accepted as your signature.

Nombre Imprimido del Padre/ Guardia _____

Fecha _____

¡Acuérdense Mantén la Clama y Adelante con Braille!