

# *Allegro* Foundation

*...a Champion for Children with Disabilities*

[www.allegrofoundation.net](http://www.allegrofoundation.net)

**Mission Statement:** Allegro Foundation...*a Champion for Children with Disabilities* is a nonprofit 501(c)3 organization that combines movement instruction with medical and educational expertise, creating new techniques to teach children with disabilities and enhance their quality of life.

**Who We Serve:** Annually, Allegro teaches over 800 children with intellectual disabilities, Down syndrome, orthopedic challenges (wheelchairs and walkers), spina bifida, autism, cerebral palsy, learning disabilities, muscular dystrophy, visual and hearing impairments, children at-risk, and children with cancer in **FREE** classes every week! **\*\*Allegro Foundation does not discriminate against any type of disability!\*\***

**What does Allegro do?** Our specially-trained movement instructors reinforce the academic lessons that children with disabilities are learning in their regular classrooms by combining **cognitive** and **muscle memory** to stimulate sequential and conceptual learning, problem-solving skills, and communication. Academic learning is an important element of Allegro: our students with disabilities learn to count, develop problem-solving skills, improve their fine and gross motor skills, and increase creativity and self-esteem!

**Allegro Volunteers:** More than 700 youth and adults volunteer their time and talents each year to Allegro's programs for children with disabilities! Corporate employees, community organizations, church congregations, and high school groups take time out of their busy lives to volunteer.

**Allegro Foundation has been operational for over 30 years!** Originally founded in 1991 in Los Angeles by Pat Farmer, Allegro has taught **THOUSANDS** of North Carolina's underserved children with disabilities and those at risk, providing medical, social, emotional, and educational benefits for the past 20 years!

**Allegro is an Independent Organization:** Unlike national nonprofits, you can actually see your donations at work right here in the Charlotte area. Allegro does not receive funding from the United Way, the Arts and Science Council, or any government agency. Allegro is not an affiliate of any other organization. Your donations stay right here in our community!

**Allegro is a Nationally Recognized Leader in Teaching Children with Disabilities:** In 2004 Allegro's students made history as the first organization of children with disabilities to present at **The White House** and were invited back in 2005 and 2008, showing our nation what children with disabilities **CAN** do.

Throughout the 2021-2022 academic school year, Allegro will serve more than 800 children with disabilities and at risk alongside 700 volunteers in over 50 **FREE** Movement Education programs in Charlotte-Mecklenburg elementary schools, Fort Mill elementary schools in South Carolina, Title I preschools, and after-school community outreach locations.

For more information, please contact Allegro at (704) 412-5229 or email [pfallegro@aol.com](mailto:pfallegro@aol.com).

## Parental Release (Please complete and return)

**Student Name:** \_\_\_\_\_ **Child's School:** \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_ **City:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_

**Home:** \_\_\_\_\_ **Cell:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Company You Work For:** \_\_\_\_\_

**Work Telephone:** \_\_\_\_\_

**Emergency Contact:** \_\_\_\_\_ **Telephone:** \_\_\_\_\_

**Relationship to Student:** \_\_\_\_\_

**Student Information:** Needs an orthopedic device? Y\_\_N\_\_ If so, type \_\_\_\_\_

**Birth Date:** \_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_ **Verbal?** Y\_\_N\_\_ If no, uses sign language or other means to communicate? \_\_\_ Please explain \_\_\_\_\_

**What is the approximate age level of social skills?** \_\_\_\_\_ **Self help skills?** \_\_\_\_\_

**Student's Diagnosis:** \_\_\_\_\_

Please list any medications and dosage:

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Allergies:** \_\_\_\_\_

**Primary Physician:** \_\_\_\_\_

**Telephone:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_

**City:** \_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_

**Practice Name:** \_\_\_\_\_

Please check any of the following that pertain to the student:

|                          |                                    |                          |                                 |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Seizures                           | <input type="checkbox"/> | Tantrums                        |
| <input type="checkbox"/> | Aggressive behavior towards others | <input type="checkbox"/> | When angry attempts injury      |
| <input type="checkbox"/> | Habits/tics                        | <input type="checkbox"/> | Learning differences (ADD etc.) |
| <input type="checkbox"/> | Mood Swings                        | <input type="checkbox"/> | has Fears (loud noises etc.)    |
| <input type="checkbox"/> | Sexual acting out                  | <input type="checkbox"/> | Startles                        |

Please explain any items checked:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Does he/she have siblings? \_\_\_\_\_ Age (s) \_\_\_\_\_

How is the relationship with their siblings? \_\_\_\_\_

How does the student interact with other children? \_\_\_\_\_

How does the student interact with teachers/other adults? \_\_\_\_\_

Other behaviors: \_\_\_\_\_

\*\*\*Please mail to: Allegro Foundation  
419 Ardmore Road Charlotte, NC 28209

Or FAX to : (704) 371-8312

Allegro Site: \_\_\_\_\_

### Medical History and Release Form

(\*MUST BE signed by Physician\*)

Name of Patient: \_\_\_\_\_ Date of Last Physical Exam: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Patient's Diagnosis: \_\_\_\_\_ Allergies: \_\_\_\_\_

Vision Impaired \_\_\_ Hearing Impaired \_\_\_ Sensitive to Sound \_\_\_ Yes \_\_\_ No **Developmental challenges** \_\_\_\_\_

Date of last EKG if heart condition is present: \_\_\_\_\_

Has patient had Varicella or vaccine? \_\_\_\_\_ Yes/date \_\_\_\_\_ No

Blood Pressure: \_\_\_ High \_\_\_ Low \_\_\_ Normal Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_

HEENT \_\_\_\_\_ Neck \_\_\_\_\_ Heart \_\_\_\_\_

Lungs \_\_\_\_\_ Abdomen \_\_\_\_\_

Extremities UE \_\_\_\_\_ LE \_\_\_\_\_

Neurological \_\_\_\_\_

For students with Down syndrome, has a cervical spine x-ray evaluating atlanto-axial stability been done? If yes, include results:

Explain patient's most recent surgery (with date):

Please list any medications with dosages and side effects:

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

What, if any, side effects may result during periods of physical activity and social interaction?

Please explain any concerns or recommendations with regard to participation in movement classes or performances:

**I approve of this patient's participation in Allegro Foundation's Movement/Education classes and public performances.**

\_\_\_\_\_  
(Signature of Physician)

Date

\_\_\_\_\_  
Name of Physician:  
(please print)

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Health and Helping Professionals-** Please fill those that apply.

|                                |
|--------------------------------|
| <b>Occupational Therapist:</b> |
| <b>Telephone:</b>              |
| <b>Address:</b>                |
| <b>City:</b>                   |
| <b>Zip:</b>                    |
| <b>Practice Name:</b>          |

|                            |
|----------------------------|
| <b>Physical Therapist:</b> |
| <b>Telephone:</b>          |
| <b>Address:</b>            |
| <b>City:</b>               |
| <b>Zip:</b>                |
| <b>Practice Name:</b>      |

|                         |
|-------------------------|
| <b>Speech Therapist</b> |
| <b>Telephone:</b>       |
| <b>Address:</b>         |
| <b>City:</b>            |
| <b>Zip:</b>             |
| <b>Practice Name:</b>   |

|                       |
|-----------------------|
| <b>Neurologist:</b>   |
| <b>Telephone:</b>     |
| <b>Address:</b>       |
| <b>City:</b>          |
| <b>Zip:</b>           |
| <b>Practice Name:</b> |

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>Social Worker/Case Manager:</b> |
| <b>Telephone:</b>                  |
| <b>Address:</b>                    |
| <b>City:</b>                       |
| <b>Zip:</b>                        |
| <b>Group Home:</b>                 |

Child's caregiver/nurse/CAP worker's name: \_\_\_\_\_

---

Phone number: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Will this person bring child to class? \_\_\_\_\_

**Class Policies**

1. Our goal is always to provide our student with the best and most appropriate movement education program for their level of ability. The Foundation is the final decision-making authority with the regard to the curriculum and direction of all Foundation classes and programs.
2. All applications, medical history, and release forms must be completed and on file prior to the start of class.
3. Parents are not permitted inside the classroom. They may wait in an adjoining room.
4. Parents must call if their child is going to miss a class.
5. No food or drink is allowed in the Allegro classroom
6. When a student's behavior disrupts a class, the parents will be notified verbally and/or in writing. If disruptive behavior occurs on three occasions within two months, the student will be asked to leave the program. Should parents or guardians wish to appeal the decision, they may do so by asking for reconsideration by the evaluating committee.
7. Allegro cannot accept students who bite, pinch, or hit others. We must consider the safety of all participants.
8. Teaching movement education classes requires some physical contact and touching of students to demonstrate positions. Students with difficulties in this regard may not be candidates for our program and parents should consider their decision carefully to avoid dismissal from the program at a later date.
9. Each student must have bladder and bowel control or wear suitable undergarments. Students must be toileted before class. Please have your child in closed toed shoes not sandals or flip flops for class.

**Release of Information**  
**(Please check items you give permission for)**

I \_\_\_\_\_ give permission for

**Yes/ No**

- My child's school, teachers and support staff to share current IEP, IFSP or 504 Plan with Allegro Foundation for the purpose of assessment and evaluation.
- Allegro Foundation to share my child's IEP, IFSP, or 504 Plan; medical and personal records with Allegro's Medical Director and Assessment/Evaluation team for purposes of evaluation only.
- Allegro Foundation to test my child twice a year with the Allegro Foundation assessment and evaluation PF scale outlined in the parent packet of information.

---

**Photo/Video Release**

**Yes/No**

- I hereby give Allegro Foundation...a Champion for Children with Disabilities the absolute and irrevocable right and permission to use photographs and/or videos of Foundation classes or programs in which my child might appear in for the use in Advertising, public relations, or promotional purposes and/ or Demo tapes submitted with grant applications.

**I/we further grant the Foundation permission:**

- To copyright the same in their own name or any other they may choose.
- To use, re-use, publish and re-publish the same in whole or in any medium, for any purpose whatsoever, including (but not limited to) the uses listed above.
- To use my name in connection therewith if they so choose.

I hereby release and discharge Allegro Foundation from any and all claims and demands arising out of or in connection with the use of the photographs, including any and all claims for libel.

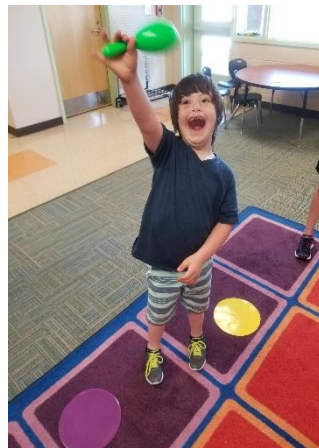
This authorization and release shall also ensure to the benefit of the legal representatives, licensees and assigns of Allegro Foundation as well as the person/persons for whom they took the photographs or video.

**I have reviewed and understand the policies of the Allegro Foundation as described above and agree to abide by them.**

I have read and understand the above statements and release the Allegro Foundation...a Champion for Children with Disabilities, its Board, staff and volunteers, from responsibility for the medical care and treatment of my child, except in cases of emergency as described above.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date



# Allegro Foundation

...a Champion for Children with Disabilities

[www.allegrofoundation.net](http://www.allegrofoundation.net)

**Declaración de misión:** Fundación Allegro... *un Campeón para Niños con Discapacidades* es una organización sin fines de lucro 501(c)3 que combina la instrucción de movimiento con la experiencia médica y educativa, creando nuevas técnicas para enseñar a los niños con discapacidades y mejorar su calidad de vida.

**A quién servimos:** Anualmente, Allegro enseña a más de 800 niños con discapacidad intelectual, síndrome de Down, desafíos ortopédicos (sillas de ruedas y andadores), espina bífida, autismo, parálisis cerebral, discapacidades de aprendizaje, distrofia muscular, discapacidades visuales y auditivas, niños en riesgo y niños con cáncer en clases GRATUITAS cada semana! **\*\*Fundación Allegro no discrimina contra ningún tipo de discapacidad!\*\***

**¿Qué hace Allegro?** Nuestros instructores de movimiento especialmente capacitados refuerzan las lecciones académicas que los niños con discapacidades están aprendiendo en sus aulas regulares combinando la memoria cognitiva y muscular para estimular el aprendizaje secuencial y conceptual, las habilidades de resolución de problemas y la comunicación. El aprendizaje académico es un elemento importante de Allegro: nuestros estudiantes con discapacidades aprenden a contar, desarrollar habilidades para resolver problemas, mejorar sus habilidades motoras finas y gruesas, ¡y aumentar la creatividad y la autoestima!

**Voluntarios de Allegro:** ¡Más de 700 jóvenes y adultos ofrecen voluntariamente su tiempo y talentos cada año a los programas de Allegro para niños con discapacidades! Los empleados corporativos, las organizaciones comunitarias, las congregaciones de la iglesia y los grupos de escuelas secundarias toman tiempo fuera de sus ajetreadas vidas para ser voluntarios.

**¡La Fundación Allegro ha estado operativa por más de 30 años!** Fundada originalmente en 1991 en Los Ángeles por Pat Farmer, Allegro ha enseñado a **MILES** de niños desatendidos de Carolina del Norte con discapacidades y a personas en riesgo, proporcionando beneficios médicos, sociales, emocionales y educational durante los últimos 20 años.

**Allegro es una organización independiente:** A diferencia de las organizaciones sin fines de lucro nacionales, en realidad puede ver sus donaciones en el trabajo aquí en el área de Charlotte. Allegro no recibe fondos del United Way, el Consejo de Artes y Ciencias, ni de ninguna agencia gubernamental. Allegro no es afiliado de ninguna otra organización. ¡Sus donaciones se quedan aquí en nuestra comunidad!

**Allegro es un líder reconocido a nivel nacional en la enseñanza de niños con discapacidades:** En 2004 los estudiantes de Allegro hicieron historia como la primera organización de niños con discapacidades en presentarse en **la Casa Blanca** y fueron invitados en 2005 y 2008, mostrando a nuestra nación lo que los niños con discapacidad pueden hacer.

A lo largo del año escolar académico 2021-2022, Allegro atenderá a más de 800 niños con discapacidades y en riesgo a 700 voluntarios en más de 50 programas de educación de movimiento libre en escuelas primarias Charlotte-Mecklenburg, escuelas primarias de Fort Mill en Carolina del Sur, preescolares con título I y alcance de la comunidad después de la escuela.

**Para obtener más información, comuníquese con Allegro al (704) 412-5229 o envíe un correo electrónico a [pfallegro@aol.com](mailto:pfallegro@aol.com).**

## Forma para padres

(Por favor complete y devuelva)

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Lugar donde se ofrece la clase:** \_\_\_\_\_

**Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono Diurno:** \_\_\_\_\_ **Noche:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Relación con el estudiante:** \_\_\_\_\_

**Información del estudiante:**

**Fecha de nacimiento del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Cual es el nivel aproximado de habilidad social?** \_\_\_\_\_ **habilidad de autoayuda?** \_\_\_\_\_

**Diagnostico del estudiante:**  
 \_\_\_\_\_

Por favor liste cualquier medicamento:

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Alergias:** \_\_\_\_\_

**Medico:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_

**Código postal:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la Clínica:** \_\_\_\_\_

Por favor marque lo que aplique al estudiante:

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | Ataques convulsivos                    |  | Rabietas                               |
|  | Conducta agresiva hacia otras personas |  | Intenta lastimarse cuando esta enojado |
|  | Espasmos/tics                          |  | Problemas de aprendizaje (ADD etc.)    |
|  | Cambios de humor                       |  | Tiene fobias (ruidos fuertes etc.)     |
|  | Comportamientos sexuales               |  | Se asusta                              |

Por favor explique cualquier sintoma señalado anteriormente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tiene el (ella) hermanos (hermanas)? \_\_\_\_\_ Edad (es) \_\_\_\_\_

Como es la relación con sus hermanos? \_\_\_\_\_

Como interactúa el estudiante con otros niños? \_\_\_\_\_

Como interactúa el estudiante con maestros/otros adultos? \_\_\_\_\_

Otros Comportamientos: \_\_\_\_\_

Envíe un correo electrónico a: [Allegro\\_Foundation](mailto:Allegro_Foundation) Or FAX a : (704) 371-8312  
419 Ardmore Road Charlotte, NC 28209

Allegro Site: \_\_\_\_\_

## Historial médico y formulario de liberación

(\*DEBE ser firmado por el Médico\*)

Nombre del paciente: Diagnóstico \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
del paciente: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Discapacidad \_\_\_\_\_ auditiva con discapacidad visual \_\_\_\_\_ sensible a los **desafíos** del \_\_\_\_\_ sí  
\_\_\_\_\_ sólido sin **desarrollo** \_\_\_\_\_

Fecha del último electrocardiograma si hay afección cardíaca: \_\_\_\_\_

¿El paciente ha tenido varicela o vacuna? \_\_\_\_\_ Sí/fecha \_\_\_\_\_ No

Presión arterial: \_\_\_\_\_ Altura alta \_\_\_\_\_ Low \_\_\_\_\_ normal: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Heent \_\_\_\_\_ Neck \_\_\_\_\_ Heart \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Lungs \_\_\_\_\_ Abdomen \_\_\_\_\_

Extremidades UE \_\_\_\_\_ LE \_\_\_\_\_

Neurological \_\_\_\_\_

Para los estudiantes con síndrome de Down, ¿se ha hecho una radiografía de rayos X cervical en atlanto -estabilidad axial? En caso afirmativo, incluya resultados:

Explicar la cirugía más reciente del paciente (con fecha):

Por favor enumere cualquier medicamento con dosis y efectos secundarios:

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

¿Qué, si los hay, efectos secundarios pueden resultar durante períodos de actividad física e interacción social?

Sírvase explicar cualquier inquietud o recomendación con respecto a la participación en clases de movimiento o actuaciones:

**Apruebo la participación de este paciente en las clases de Movimiento/Educación de la Fundación Allegro y actuaciones públicas.**

\_\_\_\_\_  
(Firma del médico)

Fecha

Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
(por favor imprima)

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono: Correo \_\_\_\_\_ electrónico: \_\_\_\_\_



**Profesionales de la salud y personal de ayuda-** Por favor complete los que se aplican

|                              |
|------------------------------|
| <b>Terapeuta ocupacional</b> |
| <b>Teléfono:</b>             |
| <b>Dirección:</b>            |
| <b>Ciudad:</b>               |
| <b>Código postal:</b>        |
| <b>Nombre de la clinica</b>  |

|                             |
|-----------------------------|
| <b>Terapeuta físico</b>     |
| <b>Teléfono:</b>            |
| <b>Dirección:</b>           |
| <b>Ciudad:</b>              |
| <b>Código postal:</b>       |
| <b>Nombre de la clinica</b> |

|                             |
|-----------------------------|
| <b>Terapeuta del habla</b>  |
| <b>Teléfono:</b>            |
| <b>Dirección:</b>           |
| <b>Ciudad:</b>              |
| <b>Código postal:</b>       |
| <b>Nombre de la clinica</b> |

|                             |
|-----------------------------|
| <b>Neurólogo</b>            |
| <b>Teléfono:</b>            |
| <b>Dirección:</b>           |
| <b>Ciudad:</b>              |
| <b>Código postal:</b>       |
| <b>Nombre de la clinica</b> |

|                          |
|--------------------------|
| <b>Trabajador social</b> |
| <b>Teléfono:</b>         |
| <b>Dirección:</b>        |
| <b>Ciudad:</b>           |
| <b>Código postal:</b>    |
| <b>Nombre de la nica</b> |

Médico / enfermera / CAP nombre del trabajador del niño:

\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Políticas de la clase**

1. La fundación considera estar en una “profesión de ayuda”. Nuestra meta es siempre proveer a nuestro estudiante con el mejor y más apropiado programa de educación del movimiento para su nivel de habilidad. La fundación es la autoridad final en la toma de decisiones con respecto al plan de estudios y a la dirección de todas las clases y programas de la fundación.
2. Todas las solicitudes, historiales médicos, y formas de autorización deben ser llenados y encontrarse en el archivo antes del comienzo de las clases. Cada estudiante y su familia deben participar en una entrevista de admisión antes de ser aceptado en las clases de la Fundación.
3. Cuando el comportamiento de un estudiante interrumpa una clase, los padres serán notificados verbalmente y/o en forma escrita. Si este comportamiento ocurre en tres ocasiones en un periodo de dos meses, se pedirá el estudiante dejar el programa. Si los padres o tutores desean apelar la decisión, pueden hacerlo pidiendo la reconsideración por el comité de evaluación.
4. Allegro no puede aceptar a estudiantes que muerden, pellizcar o golpear a otros. Debemos tener en cuenta la seguridad de todos los participantes.
5. La enseñanza de las clases de educación del movimiento requiere cierto contacto físico y tocar a los estudiantes para demostrar las posiciones. Los estudiantes con dificultades a este respeto pueden no ser candidatos para nuestro programa y los padres deben considerar su decisión cuidadosamente para evitar la remoción del programa en una fecha posterior.
6. Cada estudiante debe tener control de esfínteres o usar ropa interior adecuada.

## Repartir de Información

(Por favor, marque los permisos con los que usted esta de acuerdo)

Yo \_\_\_\_\_ les doy permiso a

Si No

- La escuela, los maestros, y el equipo de apoyo de mi niño(a) a compartir información actualizada del IEP, IFSP, o Plane de 504 con la organización de Allegro Foundation para propósitos de evaluación.
- La organización de Allegro Foundation a compartir los historiales médicos y personales; y el IEP, IFSP, o Plane de 504 con el Director Médico y el Equipo de Evaluación de Allegro Foundation.
- La organización de Allegro Foundation a evaluar mi niño(a) tres veces al año con la evaluación de escala de PF que está explicado en el paquete de información para padres.

---

## Forma de permisos y derechos de material de Fotografía/video

Si No

- Por este medio otorgo a la Fundación Allegro... un Campeón para Niños con Discapacidades el derecho y permiso absoluto e irrevocable de utilizar las fotografías y/o los videos de las clases o programas de la fundación en los cuales puedo aparecer para Publicidad, relaciones públicas, o propósitos promocionales y Videos de demostración presentadas con las splotitudes.

### Yo/Nosotros además otorgo a la fundación permiso:

- Para reclamar los derechos de autor en su nombre o cualquier otro que escojan.
- Para usar, re-usar, publicar y re-publicar por entero y en cualquier medio, para cualquier propósito, incluyendo (pero no limitado a) los usos listados arriba.
- Usar mi nombre en conexión a los puntos anteriores si así lo deciden.

Por este medio libero y descargo a Fundación Allegro de cualquier y todas las reclamaciones y demandas que surjan de o en conexión con el uso de fotografías, incluyendo cualquier y todas las reclamaciones por calumnia. Esta autorización y poder asegura también el beneficio de los representantes legales, concesionarios y asignados de Fundación Allegro así como a la persona/personas quienes tomaron las fotografías o videos.

Entiendo que Fundación Allegro y escuela de Metro se han asociado con la Universidad de Ciencias de la salud de Carolina este año. Estudiantes de enfermería se voluntario en las clases de Allegro como parte de su pediátrica enfermería clínica horas de rotación.

### He revisado y entiendo las políticas de la Fundación Allegro según se describen arriba y estoy de acuerdo en acatarlas.

El padre/tutor es responsable del cuidado médico de su hijo. Si se presentan dificultades médicas o de comportamiento durante la clase, el instructor de Fundación Allegro notificará al padre o tutor quien necesitará remover al niño de la clase. En casos de emergencia, La Fundación Allegro tomara los pasos necesarios para proveer propia atención médica.

He leído y entiendo las declaraciones anteriores y libero a Fundación Allegro...Un Campeón para Niños con Discapacidad, su comité, su personal y voluntarios, de cualquier responsabilidad por el cuidado medico y tratamiento de mi hijo, excepto en los casos de emergencia arriba mencionados.

---

Padre/Tutor

Fecha