Central Nebraska Council on Alcoholism and Addictions, Inc.
3204 College Street, Grand Island, Nebraska 68803
Phone: (308) 385-5520 | Fax: (308) 385-5522 | www.cncaa.net

*Offering HOPE and changing lives by fostering healthy lifestyles. *Preventing Addiction *Sharing Resources *Supporting Recovery*

Permission to Participate in Kid's Power! (ages 7-11) or Teen Power (ages 12-17)

Today's Date: _____

Name of Child Participating _____

Child's Birth Date: _____ Child's Age: _____ Male or Female ____ Grade in School _____

Name of Legal Guardian or Custodial Parent(s) _____

Home Address, City, State, Zip Code _____

Email Address: _____ Are you able to receive text messages? Y N

Phone # of Legal Guardian/Custodial Parent(s) _____

Name and Phone # of Emergency Contact _____

How is the Emergency Contact related to the child participating? _____

I am aware of and assume all risks and wish to allow my child to participate in the activities of the Kid's Power! or Teen Power Programs facilitated by Central Nebraska Council on Alcoholism and Addictions, Inc. staff, Grand Island, Nebraska. As part of the consideration for my child's participation in Kid's Power! or Teen Power, I agree to assume full responsibility for any loss, injury, or inconvenience that my child might experience. To the extent that I participate in such activities, I do so voluntarily and assume any and all risk of injury to my person or property resulting therefrom. I further agree to indemnify and hold harmless the Central Nebraska Council on Alcoholism and Addictions, Inc. and all its officers and staff from any and all liability incurred as a result of participation by myself or my child. I also agree that the terms hereof shall serve as a release and assumption of risk for my heirs, executors and administrators, and for all members of my family.

Nebraska State law requires any person who suspects or has witnessed child abuse or neglect to report the incident to local law enforcement or the Nebraska Department of Health and Human Services.

Medical Information: It is necessary for us to know if your child has any medical considerations and/or currently taking medications for these conditions. If so, please write YES and describe in detail. If there are no medical considerations, please write NO.

_____

_____

Allergies?? (For example – insect bites/stings, medication, food) _____

Please provide the following information to help make your child's experience in this program a very positive one. Add any other important information on the back of these sheets. This information is confidential and only the program facilitators will have access to it. Thank you!

Names and ages of the other children in the family: _____

_____

What is the history of the parent relationship (married, separated, divorced, single, re-married)? _____

_____

If divorced or separated, who has custody of the child? _____

How frequent is visitation with the non-custodial parent? _____

Are you aware of any alcohol, tobacco or other drug problems in your family? YES NO
If yes, please list how they are related to the child enrolled in Kid's Power! or Teen Power….

_____

_____

_____

What behavioral issues is this child experiencing or are you concerned about, in school or at home? Please describe.

Is this child currently in therapy? YES NO
If yes, how often do they meet with the therapist?

Other information you'd like us to know to better assist this child:

I give my permission to have my image/voice and my child's image/voice used by the Central Nebraska Council on Alcoholism and Addictions, Inc. (CNCAA) and/or the Heartland United Way for educational and promotional purposes. I understand that my image/voice may be used in a presentation to help illustrate and explain the educational programs of the CNCAA. Furthermore, I give CNCAA full permission to use, publish, and copyright any drawings, writings and/or stories created by me and/or my children or any part thereof, without using my and/or my child's name, and to make changes or alterations therein and/or additions thereto for publication.

Authorization to Treat a Minor: In the event that I cannot be reached in an emergency, I hereby give permission to the Central Nebraska Council on Alcoholism and Addictions, Inc. staff to call 911 for emergency help.

Parent/Guardian Signature: _____

Today's Date _____

The Central Nebraska Council on Alcoholism and Addictions, Inc. is a non-profit corporation. Its programs, activities and services are supported in whole, or in part by Grant # 93.959 under the Substance Abuse Prevention and Treatment Block Grant and Grant # 1H79TI081706-01 under Nebraska's Targeted Response to the Opioid Project from the Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Prevention and Treatment and the Nebraska Department of Health and Human Services, the State of Nebraska Department of Health and Human Services Tobacco Free Nebraska Program, and the Hall County Community Collaborative. Additional financial support is provided by Hall County, Heartland United Way, and tax-deductible donations. The views expressed in written conference materials or publications and by speakers and moderators do not necessarily reflect the official policies of the Department of Health and Human Services; nor does mention of trade names, commercial practices, or organizations imply endorsement by the U.S. Government. ***Please remember the Central Nebraska Council on Alcoholism and Addictions, Inc. Foundation in your estate plan. A bequest will invest in the lives of children and families affected by addiction. Tax Identification Number is 47-0738750.***

Central Nebraska Council on Alcoholism and Addictions, Inc.
3204 College Street, Grand Island, Nebraska 68803
Phone: (308) 385-5520 | Fax: (308) 385-5522 | www.cncaa.net

*Offering HOPE and changing lives by fostering healthy lifestyles. *Preventing Addiction *Sharing Resources *Supporting Recovery*

Permiso para participar en Kid's Power!

Fecha de Hoy: _____

Nombre del Participante _____

Fecha de Nacimiento del Niño: _____ Edad: _____ Masculino o Femenino ____ Grado en la Escuela_____

Nombre de Padre(s) o Guardián Legal con Custodia _____

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal _____

Correo Electrónico: _____ ¿Puede recibir textos a este número? Sí No

De Teléfono de Padre(s) o Guardián Legal con Custodia _____

Nombre y # Teléfono del Contacto de Emergencia
_____

¿Cómo es el contacto de emergencia relacionado con el niño/a?_____

Soy consciente y asumo todos los riesgos y deseo permitir que mi hijo participe en las actividades de Kid's Power! Programa facilitado por el Consejo de Nebraska Central sobre el Alcoholismo y Adicciones, Inc., Grand Island, Nebraska. Como parte de la contraprestación por la participación de mi hijo en Kid's Power! Estoy de acuerdo en asumir la plena responsabilidad por cualquier pérdida, lesión o inconveniente que mi hijo pueda experimentar. En la medida en que yo participo en este tipo de actividades, lo hago voluntariamente y asumo cualquier y todos los riesgos de lesiones a mi persona o propiedad resultante de la misma. También estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne al Consejo de Nebraska Central sobre el Alcoholismo y Adicciones, Inc. y de todos sus funcionarios y empleados de cualquier y toda responsabilidad incurrida como resultado de la participación de mi o mi hijo. También estoy de acuerdo en que los términos del mismo servirán como una liberación y la asunción de riesgos para mis herederos, albaceas y administradores, y para todos los miembros de mi familia.

La ley del estado de Nebraska requiere que cualquier persona que sospeche o haya sido testigo de abuso o negligencia infantil para reportar el incidente a la policía local o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska.

Información Medica: Es necesario para nosotros saber si su hijo tiene alguna consideraciones médicas y / o que actualmente toman medicamentos para estas condiciones. Si es así, por favor escriba SÍ y describir en detalle. Si no hay consideraciones médicas, por favor escriba NO.

_____

_____

¿Alergias**? (Por ejemplo –picaduras de mosquitos o abejas, medicamentos, comidas)** _____

_____

_____

Por favor proporcione la siguiente información para ayudar a hacer la experiencia de su hijo en Kid's Power! Una experiencia muy positiva. Añadir cualquier otra información importante en la parte posterior de estas hojas. Esta información es confidencial y sólo los facilitadores del programa tendrán acceso a la misma. ¡Gracias!

Nombre y edades de otros niños en la familia: _____
_____

¿Cuál es la historia de la relación de los padres (casados, separados, divorciados, soltero-vuelto casar)? _____
_____

¿Si divorciado o separado, quien tiene la custodia del niño? _____

Que tan frecuentes son las visitas con el padre que no tiene la custodia_____

¿Está usted consiente del algún problema con el uso de alcohol, Tabaco u otras drogas en su familia? Si lo hay, por favor liste como esto afecta al niño que estará participando en Kid's Power!
_____
_____
_____

¿Qué problemas de comportamiento tiene el niño que estará en Kid's Power, que está experimentando o que le preocupa, en la escuela o en casa? Por favor describa.

¿Está su niño actualmente en terapia? SI NO
Si su respuesta es si, ¿con qué frecuencia se reúnen con el terapeuta?

Otra información que le gustaría que conociéramos para poder ayudar mejor a su niño:

Yo doy mi permiso para que mi imagen /voz e imagen /voz de mi hijo pueda ser utilizado por el Consejo de Nebraska Central sobre Alcoholismo y Adicciones, Inc. (CNCAA) y/o Heartland United Way para los propósitos educativos y promocionales. Entiendo que mi imagen /voz puede ser utilizado en una presentación para ayudar a ilustrar y explicar los programas educativos de CNCAA. Además, doy a CNCAA permiso completo para utilizar, publicar y copiar dibujos, historias y/o historias creadas por mí y/o mis hijos o parte de ella, sin necesidad de utilizar y/o el nombre de mí de mi hijo/a, y de realizar cambios o alteraciones en el mismo y/o adiciones a los mismos para su publicación.

Autorización para tratar a un menor: En el caso de que yo no pueda ser localizado en caso de emergencia, doy permiso al Consejo de Nebraska Central sobre el Alcoholismo y Adicciones, Inc. A llamar al 911 para pedir ayuda de emergencia.

Firma de Padre o Tutor: _____ Fecha de Hoy _____

The Central Nebraska Council on Alcoholism and Addictions, Inc. is a non-profit corporation. Its programs, activities and services are supported in whole, or in part by Grant # 93.959 under the Substance Abuse Prevention and Treatment Block Grant and Grant # 1H79TI081706-01 under Nebraska's Targeted Response to the Opioid Project from the Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Prevention and Treatment and the Nebraska Department of Health and Human Services, the State of Nebraska Department of Health and Human Services Tobacco Free Nebraska Program, and the Hall County Community Collaborative. Additional financial support is provided by Hall County, Heartland United Way, and tax-deductible donations. The views expressed in written conference materials or publications and by speakers and moderators do not necessarily reflect the official policies of the Department of Health and Human Services; nor does mention of trade names, commercial practices, or organizations imply endorsement by the U.S. Government. ***Please remember the Central Nebraska Council on Alcoholism and Addictions, Inc. Foundation in your estate plan. A bequest will invest in the lives of children and families affected by addiction. Tax Identification Number is 47-0738750.***