

Student Name: _____

PUBLICITY RELEASE

Please Check One:

_____ (YES) I GRANT

_____ (NO) I DO NOT GRANT

permission to the New Jersey Institute for Disabilities / Lakeview School to use my child's **PHOTO** for publicity purposes, the Lakeview School Yearbook, or any other Lakeview publications. If in the future I change my decision regarding this release, I will notify you in writing.

VIDEO RELEASE

Please Check One:

_____ (YES) I GRANT

_____ (NO) I DO NOT GRANT

permission to the New Jersey Institute for Disabilities / Lakeview School to **VIDEOTAPE** my child for program purposes. If in the future I change my decision regarding this release, I will notify you in writing.

WALKING FIELD TRIP RELEASE

_____ (YES) I GRANT

_____ (NO) I DO NOT GRANT

permission to the New Jersey Institute for Disabilities / Lakeview School for my child to participate in all off-site **WALKING FIELD TRIPS** into Roosevelt Park. If in the future I change my decision regarding this release, I will notify you in writing.

THERAPY DOG RELEASE - Trigger is certified as a therapy dog & the handler is a certified therapy dog handler.

Please Check One:

_____ (YES) I GRANT

_____ (NO) I DO NOT GRANT.



Permission for my child to participate in **THERAPY DOG VISITS**. If in the future I change my decision regarding this release, I will notify you in writing.

AIRWAY CLEARANCE VEST

_____ (YES) I GRANT

_____ (NO) I DO NOT GRANT

Permission for the Vest to be used for airway clearance therapy. Lakeview Nurses will assess and determine as necessary. Parent will be contacted prior to treatment.

HEARING SCREENING PERMISSION ~ SPEECH DEPARTMENT

As part of your child's program, a routine hearing screening may be completed by his/her Speech Language Pathologist. If there is any reason you do not wish your child to participate in the hearing screening process, please check the appropriate area below and return the form. If we do not hear from you, we will assume that you give approval for your child to have their hearing screened.

Please Check One:

_____ **YES**, my child may participate in a Hearing Screening

_____ **NO**, I do not want my child to participate in a Hearing Screening

CALL ALERT REGISTRATION

Lakeview School maintains a phone alert system to provide families with vital information regarding school closings, emergencies or community announcements. Please indicate how you prefer to be contacted.

SPECIFY the phone # for Emergency Call Alerts:

Home Cell (_____) _____

Name _____

Home Cell (_____) _____

Name _____

PLEASE SIGN & DATE BELOW FOR ALL PERMISSIONS LISTED

Parent/Guardian Name (please PRINT) _____

Parent/Guardian Signature _____

Date _____

**Complete & Return to
Lakeview Office**

Nombre el Estudiante: _____

PERMISO PARA PUBLICIDAD

POR FAVOR MARQUE SU PREFERENCIA (X):

_____ **YO DOY PERMISO**

_____ **YO NO DOY PERMISO**

A New Jersey Institute for Disabilities / Lakeview School para que usen la **FOTO** con propósitos de publicidad. Si en el futuro cambio de parecer concerniente a este permiso, se lo notificare a la escuela por escrito.

PERMISO PARA VIDEO

POR FAVOR MARQUE SU PREFERENCIA (X):

_____ **YO DOY PERMISO**

_____ **YO NO DOY PERMISO**

A la escuela Lakeview para que filmen en Cintas de **VIDEO** a mi hijo/a para uso del programa. Si en el futuro cambio de parecer concerniente a este permiso, se lo notificare a la escuela por escrito.

PERMISO PARA PASEOS AL PARQUE

POR FAVOR MARQUE SU PREFERENCIA (X):

_____ **YO DOY PERMISO**

_____ **YO NO DOY PERMISO**

A la escuela Lakeview para **los paseos y caminatas** al parque Roosevelt. Si en el futuro cambio de parecer concerniente a este permiso, se lo notificare a la escuela por escrito.

PERMISO PARA VER AL PERRO DE TERAPIA - Trigger está certificado como perro de terapia y el entrenador es una cuidadora de perros de terapia certificada.

Please Check One:

_____ **YO DOY PERMISO**

_____ **YO NO DOY PERMISO.**



Permiso para ver al **PERRO DE TERAPIA**. Si en el futuro cambio de parecer concerniente a este permiso, se lo notificare a la escuela por escrito.

CHALECO PARA ELIMINACION DE SECRECIONES EN LAS VIA RESPIRATORIAS

_____ **YO DOY PERMISO**

_____ **YO NO DOY PERMISO**

Permiso para que el **chaleco** se utilice para terapia de limpieza de las vías respiratorias. Las enfermeras de Lakeview evaluarán y determinarán según sea necesario. Se contactará a los padres antes del tratamiento.

DPTO DE LENGUAJE Y COMUNICACIÓN - SPEECH / HEARING SCREENING

Como parte del programa de su hijo/a, una examinación de rutina al oído será realizada por la terapeuta de Lenguaje y Comunicación. Si Ud no desea que su hijo/a participe en esta examinación, por favor llene el área de su preferencia en la parte inferior de esta carta y envíelo de regreso a la escuela. Si no recibimos su respuesta, automáticamente su hijo/a será examinado.

_____ **Si, deseo que mi hijo/a participe en la examinación.**

_____ **No, deseo que mi hijo/a participe en esta examinación.**

SISTEMA DE ALERTA

La escuela de Lakeview ha iniciado un sistema de alerta para el personal, familias y otros contactos con información vital sobre el cierre de la escuela, anuncios de emergencias o aviso para la comunidad. Favor de completar la forma.

SELECCIONE UNO para el sistema de llamada de alerta:

de casa **celular** (_____)

Nombre _____

de casa **celular** (_____)

Nombre _____

POR FAVOR, FIRME Y FECHA ABAJO PARA TODAS LAS PERMISAS

Nombre del Padre _____

Firma del Padre/Apoderado _____

Fecha _____

Complete y Devuelva a al Oficina de Lakeview