



PROGRAMA DE PAJES DEL GOBERNADOR DE CAROLINA DEL NORTE

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
(Primer) (Segundo) (Apellido) (Mes/Día/Año)

Dirección _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (_____) _____ Raza _____ Sexo _____

No. Seguro Social _____ Correo Electrónico _____

SEMANA QUE DESEA: 1st Opción: _____

2nd Opción: _____

3rd Opción: _____

¿Ha servido como paje del gobernador antes? _____ ¿Cuándo? _____

Actividades escolares/intereses _____

Periódicos locales y Dirección _____

INFORMACION DE LOS PADRES

Padre _____

Dirección _____

Teléfono casa _____ Teléfono trabajo _____

Madre _____

Dirección _____

Teléfono casa _____ Teléfono trabajo _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono _____

Devuelva a: Governor's Page Program, Office of the Governor, 20312 Mail Service Center, Raleigh, NC 27699-0312

Teléfono: 1-800-820-4483 o (919) 715-3470

Correo electrónico: Govpage@nc.gov

Revisado 11/19/09

Para uso de la oficina solamente

D/R _____ T/M _____ SR/M _____

P/S _____ PR/M _____

RECOMENDACIONES

Por favor provee una declaración de apoyo firmada. Usted puede completar la forma de abajo o adjuntar como un documento por separado

REFERENCIA

ESCOLAR

(i.e. Consejero escolar
Maestro, Principal)

Firma

REFERENCIA

COMUNITARIA

(i.e. Sacerdote,
Empleador, Familiar, etc.)

Firma

ADJUNTAR TRANSCRIPCIÓN OFICIAL CON LA APLICACIÓN **EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y DECLARACIÓN DE SEGUROS**

Yo reconozco la participación de mi hijo/a de menor edad en el Programa de Paje del Gobernador de Carolina del Norte, Raleigh, Carolina del Norte.

Yo entiendo que la participación en este programa envuelve ciertos riesgos, incluyendo la posibilidad de una lesión, muerte, o pérdida de propiedad por negligencia u otras causas y le he explicado esto a my hijo/a.

En consideración por ser permitido a participar en este programa y el uso de las facilidades y servicios prestados por el estado, yo estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad por los riesgos que me hijo/a pueda sufrir.

Por la presente estoy de acuerdo a indemnizar y mantener indemne al estado de Carolina del Norte, sus oficiales, empleados, agentes y voluntarios, de toda y cualquier negligencia, reclamos, causas de acción, daños, y responsabilidad que resulte de o relacionado con la participación de mi hijo/a en el programa descrito arriba.

Yo certifico que mi hijo/a esta cubierto por una póliza de seguro medico y que esa póliza estará en efecto durante las fechas especificadas del programa como esta descrita arriba.

Yo entiendo que antes que mi hijo/a llegue a Raleigh debo proveer información sobre tratamientos médicos, como medicinas y dietas especiales.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____ **FECHA** _____

PADRE/GUARDIAN _____ **FECHA** _____