



### Spanish-English Enrollment Packet

The Spanish-English Enrollment Packet has been posted on main login screen for 4-H Online at <https://idaho.4honline.com> and a copy of the packet has been posted on the Staff helpsheets page. The packet includes translated documents (and a copy in English) of the enrollment form, health form, consent/assent for Common Measures, 4-H program waiver and the Code of Conduct. *This packet is to be used for adult and/or youth enrollment.*

### Enrollment Procedures

- Print off and have parents and youth complete the packet – signatures are required.
- Once packet is returned you can create a profile in 4-H Online.
- Login to 4-H Online (manager view)
  - Add Family, enter in family information
  - Add member, select youth or adult
  - You will be filling out the yellow fields (additional information section)
    - Check the Document Received
    - Document Received Date is the date packet was returned
    - Indicate if consent (agree) or consent not given (does not agree)
      - The publicity and photo release is located on page 2 of the waiver
  - Once all information, is entered scan and save the returned enrollment packet as a .pdf
  - In the manager fields section (on page 2 in the additional information section in the profile), there is a file upload area called Spanish Enrollment. Upload the document to the enrollment profile by clicking Select, browse for the file and click upload. This puts the enrollment document into 4-H Online, serving as the file cabinet.
  - Once the file is saved in 4-H Online, the paper copy of the enrollment packet needs to be shredded.
- If you need to find the form for future reference, simply search and login to the individual profile. The uploaded enrollment packet will stay with that record. This process will need to be redone every year.
- If you have questions or need further information do not hesitate to contact Erika Thiel at [ethiel@uidaho.edu](mailto:ethiel@uidaho.edu) or 208-263-8511

**Member - Enrollment Form (Español)**

4hOnline

 Correo     E-Mail

<b>Nombre</b>	<b>Departamento</b>	<b>Dirección de E-Mail</b>	<b>Preferencia de correspondencia</b>
<b>Correo Electronico</b>	<b>Nombre</b>		
<b>Apellido</b>	<b>Dirección</b>		
<b>Cuidad</b>	<b>Estado</b>		
<b>Codigo Postal</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>		
<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Numero de Telefono</b>		
<b>Numero de Celular</b>	<b>Años en 4-H</b>		

**Padre / Tutor 1**

<b>Nombre</b>	<b>Apellido</b>
<b>Numero de Celular</b>	<b>Telefono del Trabajo</b>

**Padre / Tutor 2**

<b>Nombre</b>	<b>Apellido</b>
<b>Numero de Celular</b>	<b>Telefono del Trabajo</b>

Correo Electronico

**Segunda Unidad Familiar**

<b>Mandar correspondencia</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<b>Preferencia de correspond.</b> <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> E-Mail
<b>Apellido</b>	<b>Nombre(s)</b>
<b>Numero de Telefono</b>	<b>Dirección</b>
<b>Cuidad</b>	<b>Estado</b>
<b>Codigo Postal</b>	<b>Correo Electronico</b>

**Contacto de emergencia**

<b>Nombre y Apellido</b>	<b>Numero de Telefono</b>
<b>Correo Electronico</b>	<b>Relación</b>

**Enrollment**

<b>Etnia</b>	Usted es hispano? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	(por favor indique las dos etnia y raza)
<b>Raza</b>	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo Alaskeño <input type="checkbox"/> Prefiero no informar	
<b>Residencia</b>	<input type="checkbox"/> Campo (área rural dónde se venden productos agrícolas) <input type="checkbox"/> Las afueras de una ciudad con mas de 50,000 habitante <input type="checkbox"/> Pueblo con menos de 10,000 habitantes y área rural sin <input type="checkbox"/> Ciudad con mas de 50,000 habitantes <input type="checkbox"/> Pueblo / Ciudad con entre 10,000 y 50,000 habitantes y	
<b>Militar</b>	<input type="checkbox"/> Nadie en mi familia es militar <input type="checkbox"/> Tengo padre militar <input type="checkbox"/> Yo, y/o mi esposo, somos militares actualmente	
<b>Rama / Componente</b>	<input type="checkbox"/> Air Force <input type="checkbox"/> Army <input type="checkbox"/> Coast Guard <input type="checkbox"/> Marines <input type="checkbox"/> Navy    / <input type="checkbox"/> Active Duty <input type="checkbox"/> National Guard <input type="checkbox"/> Reserves	
<b>Nivel</b>	<b>Nombre de la Escuela</b>	
<b>Tipo de Escuela</b>	<input type="checkbox"/> Escuela Pública <input type="checkbox"/> En Casa / Alternativo <input type="checkbox"/> Escuela Privada <input type="checkbox"/> Magnet / Escuela Especializada <input type="checkbox"/> Educación Especial <input type="checkbox"/> Escuela de Charter <input type="checkbox"/> Educación Vocacional	

**Member - Enrollment Form (Español)**

4hOnline

**Clubs**

Enroll	Club	Volunteer Title
--------	------	-----------------

(Enroll)

(Club Nuevo)

**Projects**

Enroll	Project	Club	Volunteer Title	Años en
--------	---------	------	-----------------	---------

(Enroll)

(Proyecto Nuevo)

(Proyecto Nuevo)

(Proyecto Nuevo)

(Proyecto Nuevo)

(Proyecto Nuevo)

(Proyecto Nuevo)

(Proyecto Nuevo)

(Proyecto Nuevo)

**COMPORTAMIENTO ESPERADO DEL PARTICIPANTE:** Es importante seguir las instrucciones del personal 4-H o los voluntarios todo el tiempo. Comprendo que como participante tengo la responsabilidad de ayudar para que las actividades sean una experiencia segura para cada uno de los participantes a través de mi buena conducta y comportamiento. También, estoy de acuerdo de seguir las reglas e instrucciones, y comprendo el peligro de no seguirlas.

**Firma del Miembro** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre / Tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

County Only					
Fees Paid/Date	Cash/Check	Health Form	Photo Consent	Waiver	Code of Conduct

Postal Mail  Email

<b>Name</b>	<b>County</b>	<b>Family Email</b>	<b>Correspondence Pref.</b>
<b>Email</b>		<b>First Name</b>	
<b>Last Name</b>		<b>Preferred Name</b>	
<b>Mailing Address</b>		<b>Mailing Address 2</b>	
<b>City</b>		<b>State</b>	
<b>Zip Code</b>		<b>Birth Date</b>	
<b>Gender</b>	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<b>Primary Phone</b>	
<b>Cell Phone</b>		<b>Years in 4-H</b>	

## Parent / Guardian 1

<b>First Name</b>	<b>Last Name</b>
<b>Cell Phone</b>	<b>Work Phone</b>
<b>Work Extension</b>	

## Parent / Guardian 2

<b>First Name</b>	<b>Last Name</b>
<b>Cell Phone</b>	<b>Work Phone</b>
<b>Work Extension</b>	

## Second Household

<b>Send Correspondence</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<b>Correspondence Pref.</b>	<input type="checkbox"/> Postal Mail <input type="checkbox"/> Email
<b>Family Name</b>	<b>First Names</b>		
<b>Primary Phone</b>	<b>Address</b>		
<b>City</b>	<b>State</b>		
<b>Zip Code</b>	<b>Email</b>		

## Emergency Contact

<b>Name</b>	<b>Phone</b>
<b>Cell Phone</b>	<b>Email</b>
<b>Relationship</b>	

## Enrollment

<b>Ethnicity</b>	Are you of Hispanic ethnicity? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	(please indicate both an ethnicity and race)
<b>Race</b>	<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Prefer Not to State
<b>Residence</b>	<input type="checkbox"/> Farm (rural area where agricultural products are sold) <input type="checkbox"/> Town under 10,000 and rural non-farm <input type="checkbox"/> Town / City 10,000 - 50,000 and its suburbs	<input type="checkbox"/> Suburb of city more than 50,000 <input type="checkbox"/> Central city more than 50,000
<b>Military</b>	<input type="checkbox"/> No one in my family is serving in the military <input type="checkbox"/> I have a sibling serving in the military	<input type="checkbox"/> I have a parent serving in the military
<b>Branch</b>	<input type="checkbox"/> Air Force <input type="checkbox"/> Army <input type="checkbox"/> Coast Guard <input type="checkbox"/> DOD Civilian <input type="checkbox"/> Marines <input type="checkbox"/> Navy	
<b>Component</b>	<input type="checkbox"/> Active Duty <input type="checkbox"/> National Guard <input type="checkbox"/> Reserves	
<b>Grade</b>	<b>School Name</b>	

**Enrollment Form - New Member**

**4-H Year:**

4hOnline

School Type

- Public School
- Private School
- Special Education
- Vocational Education

- Homeschool / Alternative
- Magnet / Specialized School
- Charter School

**Clubs**

Enroll	Club	Volunteer Title
--------	------	-----------------

(Enroll)

**Projects**

Enroll	Project	Club	Volunteer Title	Years In
--------	---------	------	-----------------	----------

(Enroll)

**Member Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Parent / Guardian Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

County Only					
Fees Paid/Date	Cash/Check	Health Form	Photo Consent	Waiver	Code of Conduct

## Formulario de Salud

NOTA: Los hospitales requieren prueba de cobertura antes de proporcionar tratamiento a menos que exista una situación que amenaza la vida. Se sugiere que los participantes traer una copia de su tarjeta de seguro. Los participantes están cubiertos por una póliza de accidente / enfermedad American Life Ingresos (Actividad Aseguradora) durante su participación en una actividad. En caso de lesiones o enfermedades derivadas de la participación en la actividad, American Life Ingresos debe ser notificado dentro de los 20 días de la fecha de la enfermedad o lesión. El personal de la actividad tendrá información sobre la presentación de reclamaciones. Seguros proporcionado a través de American Income Life ofrece una protección limitada por lesiones o enfermedades mientras los participantes están participando en la actividad, y la familia del participante es responsable de todos los gastos médicos no cubiertos por el seguro de la actividad.

Tiene usted (o su hijo, para los registros de la juventud) tiene seguro? \_\_\_\_\_

Médico Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Tiene usted (o su hijo, para el expediente (s) la juventud tiene cualquiera de las siguientes condiciones de salud? \_\_\_\_\_

Si es así, por favor marque todas las que correspondan

Asma \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

Convulsión / incautación \_\_\_\_\_

Headaches \_\_\_\_\_ Migraña \_\_\_\_\_

Bronquitis \_\_\_\_\_

Fiebre de heno \_\_\_\_\_

Oído Infections \_\_\_\_\_

Corazón o cardiovasculares problemas / enfermedades \_\_\_\_\_

Hueso, músculo o articulaciones injurias \_\_\_\_\_ crónica \_\_\_\_\_

Otra condición (s) Por favor escriba / describir: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tiene usted (o su hijo, para los registros de la juventud) tiene alergias? \_\_\_\_\_

Si es así, por favor marque todas las que correspondan

Las picaduras de abeja \_\_\_\_\_

Maní \_\_\_\_\_

Soja \_\_\_\_\_

Gluten \_\_\_\_\_

Penicilina \_\_\_\_\_

Sulfa \_\_\_\_\_

Lechería \_\_\_\_\_

Alergias - Información adicional / instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Son las acomodaciones necesarias? \_\_\_\_\_

Si se necesitan alojamiento, por favor describa (acceso en silla de ruedas, las necesidades dietéticas especiales, traductor, ayudas audio) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HEALTH FORM**

**PLEASE NOTE: Hospitals require proof of coverage before providing treatment unless a life threatening situation exists. It is suggested that participants bring a copy of their insurance card. Participants are covered by an American Income Life accident / illness policy (Activity Insurance) while participating in an Activity. In the event of injury or illness arising from participation in the Activity, American Income Life must be notified within 20 days of the date of the illness or injury. The Activity staff will have information on filing claims. Insurance provided through American Income Life provides only limited protection for injuries or illnesses while participants are participating in the Activity, and the participant's family is responsible for all medical expenses not covered by Activity insurance.**

Do you (or your child, for youth records) have insurance? \_\_\_\_\_

Medical Insurance Name: \_\_\_\_\_

Policy Number: \_\_\_\_\_

Do you (or your child, for youth record(s) have any of the following health conditions? \_\_\_\_\_

If yes, please check all that apply

- Asthma\_\_\_\_\_
- Diabetes\_\_\_\_\_
- Convulsion/seizure\_\_\_\_\_
- Migraine headaches\_\_\_\_\_
- Bronchitis\_\_\_\_\_
- Hay Fever\_\_\_\_\_
- Ear Infections\_\_\_\_\_
- Heart or cardio-vascular problems/disease\_\_\_\_\_
- Chronic bone, muscle, or joint injuries\_\_\_\_\_
- Other condition(s) Please list/describe:\_\_\_\_\_

Do you (or your child, for youth records) have allergies? \_\_\_\_\_

If yes, please check all that apply

- Bee stings\_\_\_\_\_
- Peanut\_\_\_\_\_
- Soy\_\_\_\_\_
- Gluten\_\_\_\_\_
- Penicillin\_\_\_\_\_
- Sulfa\_\_\_\_\_
- Dairy\_\_\_\_\_

Allergies – Additional information/Special instructions\_\_\_\_\_

Are Accommodations Needed? \_\_\_\_\_

If Accommodations are needed, please describe (wheelchair access, special dietary needs, translator, audio aids) \_\_\_\_\_

## Consentimiento de Padres / Asentimiento Juventud para todo el estado 4-H medidas comunes de evaluación

Directores del proyecto: Dr. Tim Ewers, Maureen Toomey

La Universidad de Idaho Institucional Review Board ha aprobado este proyecto.

Idaho 4-H está llevando a cabo una evaluación a nivel estatal de los programas. El objetivo de la evaluación es obtener datos sobre el cumplimiento de las metas estatales y nacionales en relación con el desarrollo positivo de la juventud, la ciencia 4-H, la vida sana, y / o la ciudadanía. Esperamos que para entender el progreso de 4-H en el cumplimiento de los objetivos estatales y nacionales en las áreas mencionadas anteriormente. El objetivo general es informar y mejorar la programación de 4-H en todo el estado y la nación. Las preguntas realizadas en la encuesta ayudarán a los profesionales de extensión para mejorar la planificación e implementación de programas. Un fuerte programa de desarrollo de la juventud en los beneficios a nivel de la comunidad tanto en la juventud y la comunidad en su conjunto.

Su hijo complete la encuesta Medidas Común siguiente o durante su participación en un programa de 4-H. Juventud tendrá una encuesta en línea de aproximadamente 10-20 minutos de duración. Si la web no es fácilmente accesible, los jóvenes completar una copia en papel de la encuesta, que suministrará el facilitador en el lugar. Si se utilizan las copias en papel, el facilitador en el sitio enviará copias en papel a uno de los investigadores (mencionados anteriormente) para la entrada. Las copias se almacenarán en un lugar seguro hasta que el estudio se ha completado y luego destruido.

Juventud no están obligados a participar en el programa de evaluación. Si su hijo o hija decide que él / ella no deseen participar, esto no afectará a su / su participación en esta o futuras Universidad de Idaho Extensión programas de 4-H. Si su hijo o hija no quiere responder a algunas preguntas de la encuesta, que está bien. Si eligieron no participar o no terminar las preguntas, habrá una actividad alternativa para que lo hagan. Las respuestas de la encuesta será anónima, (sin el nombre de su hijo o hija de en él), pero puede ser que sea posible que su hijo o hija podrían ser identificados a través de preguntas demográficas. Esta información no será compartida con nadie ni se informó de forma individual.

Por favor, lea y explique el párrafo anterior a su hijo o hija. Si usted tiene alguna pregunta acerca de este proyecto, por favor póngase en contacto con uno de los investigadores: Maureen Toomey (208-454-7648 o mtoomey@uidaho.edu) Tim Ewers (208-885-6321 o tewers@uidaho.edu). Si usted tiene preguntas sobre sus derechos como participante de la investigación, o las preocupaciones o quejas sobre la investigación, puede comunicarse con la Universidad de Idaho Junta de Revisión Institucional (hac@uidaho.edu o 208-885-6340).

Si NO quiere que su hijo o hija a participar en el estudio de investigación, por favor marque la casilla de abajo. Usted tendrá que firmar y fechar este documento, junto con el nombre y la firma de su hijo. Devuelva el formulario a la Maureen Toomey (208-454-7648 o mtoomey@uidaho.edu) o el Dr. Tim Ewers (208-885-6321 o tewers @ uidaho.edu) antes del programa 4-H.

\_\_\_\_\_ No lo hago (o mis padres no lo hago) que desee participar en el estudio de investigación "Idaho 4-H Habilidad Indicadores Estudio", que tendrá lugar en la actividad de 4-H que voy a asistir. Entiendo que nadie va a estar molesto o enojado conmigo si decido no participar.

Si DESEA a participar en el estudio de investigación y su hijo está de acuerdo, entonces usted no tiene que devolver nada. Su hijo será automáticamente dado la encuesta a la hora programada.

---

Nombre del participante:

Fecha de Nacimiento:

---

Padre / Tutor Legal Nombre:

Fecha:

---

Padre/ Firma Tutor Legal Padre Firma



**Parent Consent/Youth Assent for Statewide 4-H Common Measures Evaluation**

**Project Directors:** Dr. Tim Ewers and Maureen Toomey

**The University of Idaho Institutional Review Board has approved this project.**

Idaho 4-H is conducting a statewide evaluation of programs. The goal of the evaluation is to obtain data on meeting state and national goals in related to positive youth development, 4-H science, healthy living, and/or citizenship. We hope to understand 4-H's progress in meeting state and national goals in the previously mentioned areas. The overall purpose is to inform and improve 4-H programming across the state and nation. The questions asked in the survey will help Extension professionals to better plan and implement programs. A strong youth development program at the community level benefits both the youth and the community as a whole.

Your child will complete the Common Measures survey following or during their participation in a 4-H program. Youth will take an online survey of approximately 10-20 minutes in length. If the web is not easily accessible, the youth will complete a paper copy of the survey, which the on-site facilitator will supply. If paper copies are used, the on-site facilitator will send paper copies to one of the investigators (listed above) for entry. Copies will be stored in a secure location until the study is complete and then destroyed.

Youth are NOT required to participate in the evaluation program. If your son or daughter decides that he/ she does not wish to participate, it will not affect his/ her participation in this or future University of Idaho Extension 4-H programs. If your son or daughter does not want to answer some questions on the survey, that is ok. If they chose not to participate or not finish the questions, there will be an alternate activity for them to do. The survey responses will be anonymous, (without your son's or daughter's name on it) but it might be possible that your son or daughter could be identified through demographic questions. This information will not be shared with anyone nor will it be reported individually.

Please read and explain the paragraph above to your son or daughter. If you have any questions about this project, please contact one of the investigators: Dr. Carrie Stark (208-885-2156 or [cstark@uidaho.edu](mailto:cstark@uidaho.edu)), Maureen Toomey (208-454-7648 or [mtoomey@uidaho.edu](mailto:mtoomey@uidaho.edu)) or Dr. Tim Ewers (208-885-6321 or [tewers@uidaho.edu](mailto:tewers@uidaho.edu)). If you have questions about your rights as a research participant, or concerns or complaints about the research, you may contact the University of Idaho Institutional Review Board at [hac@uidaho.edu](mailto:hac@uidaho.edu) or 208-885-6340.

If you DO NOT want your son or daughter to participate in the research study, please check the box below. You will need to sign and date this document, along with your child's name and signature. Return the form to Dr. Carrie Stark (208-885-2156 or [cstark@uidaho.edu](mailto:cstark@uidaho.edu)), Maureen Toomey (208-454-7648 or [mtoomey@uidaho.edu](mailto:mtoomey@uidaho.edu)) or Dr. Tim Ewers (208-885-6321 or [tewers@uidaho.edu](mailto:tewers@uidaho.edu)) prior to the 4-H program.

I **DO NOT** (or my parents do not) want to participate in the research study "Idaho 4-H Skill Indicators Study" that will take place at the 4-H activity that I am going to be attending. I understand that no one will be upset or mad at me if I decide not to participate.

If you DO want to participate in the research study and your child agrees, then you do not need to return anything. Your child will automatically be given the survey at the scheduled time.

Participant Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Parent/Legal Guardian Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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

**Programa 4-H de la Universidad de Idaho  
Exención para el Programa del Desarrollo Juvenil 4-H**

*Las Firmas al dorso de la página se requieren antes de la participación en la Actividad.*

<b>Nombre del (de la) Participante</b>	<b>(Primero)</b>	<b>(Apellido)</b>	<b>(Edad)</b>	<b>(Género)</b>
<b>Dirección</b>	<b>(Calle)</b>		<b>(Ciudad, Estado, Código)</b>	
<b>Teléfono</b>	<b>(En Casa)</b>		<b>(Correo Electrónico)</b>	
<b>Escuela y Ciudad</b>	<b>(Escuela)</b>		<b>(Ciudad)</b>	
<b>Contacto(s) de Emergencia e Información de Seguro</b>	<b>NOMBRE:</b>		<b>(Parentesco)</b>	
<b>TELÉFONOS:</b>	<b>TRABAJO:</b>	<b>CASA:</b>	<b>CELULAR:</b>	
<b>NOMBRE: (si se necesita)</b>		<b>(Parentesco)</b>		
<b>TELÉFONOS:</b>	<b>TRABAJO:</b>	<b>CASA:</b>	<b>CELULAR:</b>	

(Nombre de la compañía de seguro médico)

(Número de la póliza)

**TENGA EN CUENTA:** Los hospitales requieren comprobante de cobertura antes de proveer el tratamiento a menos que exista una situación que constituya una amenaza para la vida. Se sugiere que los participantes traigan una copia de su tarjeta de seguro. Los participantes están cubiertos por una póliza de enfermedad/accidente de American Income Life (Seguro de Actividad) mientras que participan en una Actividad. En el caso de que surja una lesión o enfermedad por haber participado en la Actividad, se le debe avisar a American Income Life dentro de 20 días de la fecha de la enfermedad o de la lesión. El personal de la Actividad tendrá información de cómo presentar reclamos. **El seguro proveído por American Income Life sólo provee protección limitada para las lesiones o enfermedades que ocurren mientras que los participantes están participando en la Actividad, y la familia del (de la) participante es responsable por todos los gastos médicos que no cubra el Seguro de Actividad.**

**Reconocimiento de Riesgo y Exención de Responsabilidad**

**Permiso del Padre/Madre/Tutor**

*Ambos participantes y uno de los padres o el tutor de los participantes deben leer este Reconocimiento de Riesgo y Exención de Responsabilidad cuidadosamente y en su totalidad. Es un documento legal vinculante. Por favor lea ambos lados de esta página. Firme y devuelva este formulario a University of Idaho, Extension Ada County, 5880 Glenwood Street, Boise, ID 83714. Si un(a) participante es menor de la edad de 18, este formulario debe firmarlo el participante Y uno de los padres o el tutor legal del (de la) participante. El término "abajo firmado" cuando se usa en el presente deberá incluir ambos el (la) participante y el padre/madre/tutor de la custodia firmando al final de este documento a menos de que tal término se clasifique de significar uno o el otro. El término "Actividad" o "Actividades" significa el Programa 4-H, junto con alguna y todas las actividades asociadas, los eventos, las clínicas o clases conducidas por la Universidad de Idaho (UI por sus siglas en inglés) en conjunto con el mismo.*

Los abajo firmados reconocen que ellos están conscientes que la participación en una Actividad o en Actividades así como alguna o todas/todos las actividades, los eventos, las clínicas y las clases de la Universidad de Idaho, asociadas con la misma, pueden incluir actividades que son peligrosas, las cuales pueden incluir, pero no limitadas a, los riesgos de lesión, enfermedad o muerte surgiendo de las Actividades involucrando a los animales, sean salvajes, domésticos o montaraz; exposición a las condiciones del tiempo, tal como el calor, frío, la lluvia, nieve, el hielo, el granizo, los relámpagos, el viento o los demás eventos de tiempo; peligros de los desiertos, bosques, las montañas, los cañones, lagos, ríos, arroyos, lugares urbanos, suburbanos o rurales o demás áreas donde ocurren las Actividades; fuerzas elementales de la naturaleza o Fuerzas Mayores, tal como el incendio, terremoto, avalancha, desprendimiento de rocas, inundación, desprendimiento de árboles, plantas venenosas o demás incidentes; las actividades recreativas o educativas, tal como el tiro con arco, orientación, esquiendo, natación, ir en bicicleta, canotaje, piragüismo, pesca, senderismo, campar, tirar, montar a caballo, operación de, o ser un pasajero en, u observador de vehículos motorizados, artesanías, aficiones, cursos, eventos, clínicas o demás actividades; el uso de herramientas, instrumentos, maquinaria, equipo o demás artículos asociados con las Actividades, o comida, bebida, alojamiento para, durante, de o de otra manera relacionado a, las Actividades. Estos riesgos pueden surgir de actos negligentes u omisiones del (de la) participante, demás participantes, líderes, voluntarios, o terceras partes ocurriendo durante, o de otra manera asociados con, las Actividades. Los abajo firmados reconocen y aceptan los riesgos y dan permiso para la participación en las Actividades.

En consideración de la Universidad de Idaho ("UI" por sus siglas en inglés) permitiendo la participación en las Actividades, los abajo firmados por medio de la presente voluntariamente aceptan todos los riesgos asociados con la participación. Al alcance que permita la ley, los abajo firmados están de acuerdo de indemnizar, defender, salvar, dejar a salvo, descargar y liberar al Estado de Idaho, los Regentes de la Universidad de Idaho, sus agentes y empleados de alguna y todas responsabilidades, reclamos, causas de acción o demandas de cualquier tipo e índole alguno que pueda surgir de o en relación con tal participación en cualquier Actividad.

Es el intento expreso de los abajo firmados que este Reconocimiento de Riesgo y Exención de Responsabilidad servirá como un descargo, y aceptación de riesgo para los herederos, herencia, albacea, administrador, cesionarios y todos los miembros de la familia del (de la) abajo

*Este formulario continúa al dorso de esta página.*

**PONGA(N) LAS INICIALES PARA LA PÁGINA 1 AQUÍ:**

\_\_\_\_\_

firmado. El lugar de cualquier disputa que pueda surgir de la participación en cualquier Actividad, si la Universidad es una parte de la disputa, será en el Condado Latah, Idaho.

Los abajo firmados reconocen y están de acuerdo que si un vehículo del cual la Universidad no es dueño y no es operado por la Universidad se le provee a los abajo firmados o alguno de ellos por transportación a, en, o de algún sitio de Actividad, o si el abajo firmado o alguno de ellos es un pasajero en tal vehículo, la Universidad no es responsable por cualquier daño o lesión causada por o que surja de mi uso de tal transportación. Además, los abajo firmados aceptan responsabilidad única por cualquier acción que los abajo firmados tomen, o alguno de ellos, que esté fuera del ámbito de la Actividad o Actividades, y cualquier evento, clínica y clases asociados con la Actividad o Actividades, a pesar de si ocurre antes, durante o después del plazo de la Actividad o Actividades. Los abajo firmados reconocen que la universidad no hace ninguna representación con respecto a la seguridad de cualquier vehículo personal en el cual los abajo firmados o cualquiera de ellos puedan viajar, o con respecto a las cualificaciones del chofer de cualquier vehículo personal. El/la abajo firmado reconoce que si están viajando en un vehículo personal es su responsabilidad de determinar la seguridad del vehículo y las cualificaciones del chofer.

Los abajo firmados certifican que, con o sin alojamiento, el/la participante antes nombrado/a puede realizar las funciones esenciales de las Actividades, y no representa un peligro para el/la participante o para los demás y los abajo firmados no saben de ninguna razón médica por la cual el/la participante no pueda participar en la Actividad o las Actividades, los Eventos, las Clínicas y las clases. Los abajo firmados por el presente dan su consentimiento para primeros auxilios, atención médica de emergencia y si es necesario, la admisión a un hospital acreditado cuando sea necesario para la ejecución de dicha atención, para el tratamiento de lesiones o enfermedades que yo/él/ella puede sostener durante su participación en cualquier actividad relacionada con las antes nombradas Actividades y cualquier evento, clínica y clase relacionados con la Actividad o Actividades.

**Los abajo firmados reconocen que cualquier seguro proveído por medio del Seguro de Actividad sólo provee una protección limitada para las lesiones que se producen durante su participación y que los abajo firmados seguirán siendo responsables de todos los gastos médicos no cubiertos por el Seguro de Actividad. El Seguro de Actividad es proveído por una póliza de accidentes de American Income Life.**

Si el/la participante antes nombrado/a tiene una incapacidad, alergia de alimentos o medicamentos, necesidades dietéticas, o cualquier condición que *requiera* alojamiento, los abajo firmados se pondrán en contacto con los Servicios de Apoyo para Incapacitados al (208) 885-6307 por lo menos una semana (7 días) antes del inicio de la Actividad.

Sea o no el/la participante antes nombrado/a un estudiante, el/la participante obedecerá: el Código de Conducta de Estudiantes de la Universidad de Idaho, los Artículos II al IX de <http://www.webs.uidaho.edu/fsh/2300.html>; las expectativas de comportamiento de la Actividad; y todas las leyes aplicables locales, estatales y federales. El no hacerlo puede considerarse motivos para negar la participación en la Actividad.

El padre/la madre/el tutor firmando continuación está de acuerdo de que UI puede fotografiar o grabar vídeo de cualquiera de los abajo firmados durante, y en relación, con la Actividad. Los abajo firmados y cada uno de ellos está de acuerdo que la UI es el titular exclusivo de todas las imágenes y todos los derechos de autor y los demás derechos en las imágenes. Los abajo firmados están de acuerdo de que la UI puede utilizar cualquier imagen en cualquier medio relacionado con la Universidad de Idaho. **Si el padre/la madre/el tutor del abajo firmado NO DA PERMISO PARA PRODUCIR O UTILIZAR LAS IMÁGENES COMO SE ESTABLECE EN ESTE PÁRRAFO, MARQUE AQUÍ ( ).**

El padre/la madre/el tutor ( ) si da ( ) no da (por favor marque una) la autorización a la Universidad de Idaho de utilizar la información de contacto presentada antes para informar a los abajo firmados o cualquiera de ellos de los próximos eventos y las próximas actividades universitarias.

**Nota: Si el participante es menor de 18 años de edad, el padre/la madre/el tutor legal también deberá firmar y aceptar la responsabilidad por las acciones y las condiciones de los participantes del acuerdo anterior.**

**FIRMA DEL (DE LA) PARTICIPANTE**

Nombre del (de la) Participante (LETRA DE MOLDE): \_\_\_\_\_

Firma del (de la) Participante:

X \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL (DE LOS) PADRE(S)/ TUTOR(ES)**

Nombre del Padre/Tutor (LETRA DE MOLDE): \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor:

X \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**University of Idaho-4-H  
4-H Youth Development Program Waiver**

*Signatures on back of page are required prior to participation in the Activity.*

<b>Name of Participant</b>	(First)	(Last)	(Age)	Gender:	
<b>Address</b>	(Street)		(City, State, Zip)		
<b>Phone</b>	(Home)		(E-mail)		
<b>School &amp; City</b>	(School)		(City)		
<b>Emergency contact(s) &amp; Insurance info</b>	<b>NAME:</b>		(Relationship)		
	<b>PHONES:</b>	<b>WORK:</b>	<b>HOME:</b>	<b>CELL:</b>	
	<b>NAME: (if needed)</b>		(Relationship)		
	<b>PHONES:</b>	<b>WORK:</b>	<b>HOME:</b>	<b>CELL:</b>	
	(Medical insurance company name)				
(Policy number)					

**PLEASE NOTE:** Hospitals require proof of coverage before providing treatment unless a life threatening situation exists. It is suggested that participants bring a copy of their insurance card. Participants are covered by an American Income Life accident / illness policy (Activity Insurance) while participating in an Activity. In the event of injury or illness arising from participation in the Activity, American Income Life must be notified within 20 days of the date of the illness or injury. The Activity staff will have information on filing claims. **Insurance provided through American Income Life provides only limited protection for injuries or illnesses that occur while participants are participating in the Activity, and the participant's family is responsible for all medical expenses not covered by Activity insurance.**

**Acknowledgement of Risk and Waiver of Liability  
Parent/Guardian Permission**

*Both participants and a parent or guardian of participants must read this Acknowledgement of Risk and Waiver of Liability carefully and in its entirety. It is a binding legal document. Please read both sides of this page. Sign and return this form to the local county Extension Office. If a participant is under the age of 18, this form must be signed by the participant AND by a parent or legal guardian of the participant. The term "undersigned" when used herein shall include the both the participant and the custodial parent/guardian signing at the end of this document unless such term is qualified to mean one or the other. The term "Activity" or "Activities" means the 4-H Program, along with any and all associated activities, events, clinics or classes conducted by the University of Idaho (UI) in conjunction therewith.*

The undersigned acknowledge that they are aware that participation in an Activity or in Activities as well as any or all University of Idaho, activities, events, clinics and classes associated therewith, may include activities that are risky and dangerous, which may include, but not be limited to, risks of injury, illness or death arising out of Activities involving animals, whether wild, domestic or feral; exposure to weather conditions, such as heat, cold, rain, snow, ice, hail, lightning, wind or other weather events; hazards from deserts, forests, mountains, canyons, lakes, rivers, streams, urban, suburban or rural places or other areas where the Activities occur; forces of nature or Acts of God, such as fire, earthquake, avalanche, rockfall, flood, falling trees, poisonous plants or other occurrences; recreational or educational activities, such as archery, orienteering, skiing, swimming, biking, canoeing, kayaking, fishing, hiking, camping, shooting, horseback riding, operation of, or being a passenger in, or observer of motorized vehicles, crafts, hobbies, courses, events, clinics or other activities; the use of tools, instruments, machinery, equipment or other items associated with the Activities, or food, drink, lodging or travel to, during, from or otherwise related to, the Activities. These risks may arise from negligent acts or omissions of the participant, other participants, leaders, volunteers, or third parties occurring during, or otherwise associated with, the Activities. The undersigned acknowledge and accept the risks and give permission for participation in the Activities.

In consideration of the University of Idaho ("UI") permitting the participation in Activities, the undersigned **hereby voluntarily accept all risks associated with participation. To the extent permitted by law, the undersigned agree to indemnify, defend, save, hold harmless, discharge and release the State of Idaho, the Regents of the University of Idaho, their agents and employees from any and all liability, claims, causes of action or demands of any kind and nature whatsoever that may arise out of or in connection with such participation in any Activities.-.**

It is the express intent of the undersigned that this Acknowledgement of Risk and Waiver of Liability shall serve as a release, discharge and acceptance of risk for the heirs, estate, executor, administrator, assigns and all members of the undersigned's family. The venue of any dispute that may arise out of participation in any Activity, if the University is a party to the dispute, shall be in Latah County, Idaho.

The undersigned acknowledge and agree that if a vehicle not owned and operated by the University is provided by the undersigned or any of them for transportation to, at, or from any Activity site, or if the undersigned or any of them are a passenger in such a vehicle, the University is not responsible for any damage or injury caused by or arising from my use of such transportation. Furthermore, the undersigned acknowledge sole responsibility for any action taken by the undersigned, or any of them, that is outside the scope of the Activity or Activities, and any events, clinics and classes associated with the Activity or Activities, regardless if occurring before, during or after the period of the Activity or Activities. The undersigned acknowledge that the university makes no representation with respect to the safety of any personally owned vehicle in which the undersigned or any of them may travel, or with respect to the qualifications of the driver of any personally owned vehicle. The undersigned acknowledge that if travelling in a personally owned vehicle it is the responsibility of the undersigned to determine the safety of the vehicle and qualifications of the driver.

*This form continues on the back of this page.*

**INITIAL PAGE 1 HERE:**

The Undersigned hereby certify that, with or without accommodation, the participant named above is able to perform the essential functions of the Activities, and does not present a danger to the participant or others and the undersigned know of no medical reason why the participant is not able to participate in the Activity or Activities, Events, Clinics and Classes. The undersigned hereby consent to first aid, emergency medical care and if necessary, admission to an accredited hospital when necessary for executing such care, for treatment for injuries or illness that I/he/she may sustain while participating in any activity associated with the above named Activities and any events, clinics and classes associated with the Activity or Activities.

The undersigned acknowledge that any insurance provided through Activity Insurance provides only limited protection for injuries that occur while participating and that the undersigned remains responsible for all medical expenses not covered by Activity Insurance. Activity Insurance is provided by an American Income Life camp accident policy.

If the participant named above has a disability, food or drug allergy, dietary requirements, or any condition requiring accommodation, the undersigned will contact Disability Support Services (208) 885-6307 at least one week (7 days) prior to the start of the Activity.

Whether or not the participant named above is a student, the participant will abide by: the University of Idaho Student Code of Conduct, Articles II through IX at <http://www.webs.uidaho.edu/fsh/2300.html>; the behavioral expectations of the Activity; and all applicable local, state and federal laws. Failure to do so may be considered grounds for denying participation in the Activity.

The parent/guardian signing below agrees that the UI may photograph or video any of the undersigned during, and in connection with, the Activity. The undersigned and each of them agree the UI shall be the exclusive owner of all images and all copyright and other rights in the images. The Undersigned agree that the UI may use any image in any media related to the University of Idaho. **If the undersigned parent/guardian DOES NOT GIVE PERMISSION TO PRODUCE OR USE IMAGES AS SET FORTH IN THIS PARAGRAPH, CHECK HERE ( )**.

The undersigned parent/guardian ( ) does ( ) does not (please check one) authorize the University of Idaho to use the contact information set out above to inform the undersigned or either of them of upcoming university events and activities.

**Note: If participant is under 18 years of age, a parent/legal guardian must also sign and accept responsibility for the participant's actions and terms of the above agreement.**

<b>PARTICIPANT'S SIGNATURE</b>
Participant's Name (PLEASE PRINT):
Participant's Signature: X
Date:

<b>PARENT(S) / GUARDIAN(S) SIGNATURE</b>
Parent/ Guardian Name (PLEASE PRINT):
Parent/ Guardian Signature: X
Date:

## **CÓDIGO DE CONDUCTA PARA PADRES, VOLUNTARIOS Y JÓVENES EN EL IDAHO 4-H PROGRAMA DE DESARROLLO JUVENIL**

Familias y jóvenes Idaho confían en el sistema de la Universidad de Idaho Extensión para ofrecer programas educativos en un ambiente seguro para todos los participantes. La oportunidad de participar en y / o trabajar con la Universidad del programa 4-H de Desarrollo Juvenil de Idaho Extensión es un privilegio y un honor, no un derecho. Los voluntarios son a ser modelos positivos. / Se espera que los guardianes de la Juventud y los padres para demostrar un comportamiento adecuado en todo momento. El siguiente Código de Conducta se ha establecido como la base para todas las personas que participan en los programas de la Universidad de Idaho de extensión. Todo Universidad de Idaho 4-H de Desarrollo Juvenil se espera que los participantes del programa:

- Trabajar con jóvenes, familias, voluntarios y personal de extensión en una cooperativa, cortesa, respetuosa de manera que demuestra el buen espíritu deportivo y los comportamientos apropiados para un modelo positivo.
- Aceptar la supervisión del personal de extensión y cooperar con los demás; Además, los padres y los jóvenes aceptará la supervisión de certificados voluntarios de la organización y del proyecto.
- Mantener una comunicación abierta y honesta con los miembros, voluntarios, padres y el personal de extensión.
- Defender el derecho de todo individuo a la dignidad, la auto-expresión adecuada y el desarrollo individual.
- Abstenerse de abuso verbal o física de otros y reportar esos abusos, si se observa. Cualquier acción, como la condena por abuso o negligencia infantil, crímenes violentos, el comportamiento poco ético, abuso de sustancias, el abuso verbal, abuso físico, la mala gestión de los fondos de 4-H, u otros delitos graves no serán tolerados.
- Respeto, se adhieren a, y hacer cumplir las normas, políticas y lineamientos establecidos a nivel de condado y estatales para el Programa de Desarrollo Juvenil 4-H.
- Promover el espíritu de inclusión y dar la bienvenida a la participación de otros individuos de todos los orígenes.
- Cumplir con las leyes de igualdad de oportunidades y contra la discriminación.
- Abstenerse de consumir bebidas alcohólicas, uso de productos de tabaco y / o una sustancia controlada a las 4-H eventos y actividades. Estar bajo la influencia de alcohol o drogas ilegales, mientras que en presencia de los miembros de 4-H en o durante los programas o actividades de 4-H no es aceptable.
- Informar al personal de extensión de las incidencias que puedan violar las políticas de 4-H.
- Tratar a los animales con humanidad y alentar a todos los participantes para proporcionar cuidado de los animales apropiado y ético.
- Operar maquinaria, vehículos y otros equipos de una manera segura y responsable cuando se trabaja con jóvenes y adultos participando en 4-H Los programas de desarrollo juvenil.
- Asegúrese que los participantes de 4-H no están obligados a comprar materiales, equipos, animales o servicios de cualquier lugares específicos de negocio.
- Cumplir con todas las leyes aplicables de la ciudad, condado y estado de residencia y / o ubicación de la actividad de 4-H.
- Maneje todas las preocupaciones con respecto condado / área de la gestión del programa 4-H internamente dentro del sistema de extensión de la Universidad de Idaho.

La violación del Código de Conducta será motivo para la acción hasta o incluyendo la eliminación inmediata de la actividad / programa y la terminación de 4-H. Las decisiones relativas a la eliminación inmediata, suspensión o cancelación se harán por el condado de 4-H Profesional con posterior notificación y consulta con el Director de Distrito y Estado 4-H Director de Desarrollo de la Juventud. Los voluntarios que deseen apelar una decisión, podrán hacerlo a través del proceso de apelación.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo en cumplir este Código de Conducta.

---

Firma

Nombre impreso

Fecha

## CODE OF CONDUCT FOR PARENTS, VOLUNTEERS AND YOUTH WITHIN THE IDAHO 4-H YOUTH DEVELOPMENT PROGRAM

Idaho families and youth trust the University of Idaho Extension system to provide educational programs in a safe environment for all participants. The opportunity to participate in and/or work with University of Idaho Extension's 4-H Youth Development program is a privilege and honor, not a right. Volunteers are to be positive role models. Youth and parents/guardians are expected to demonstrate appropriate behavior at all times. The following Code of Conduct has been established as the foundation for all individuals participating in University of Idaho Extension programs. All University of Idaho 4-H Youth Development program participants are expected to:

- Work with youth, families, volunteers and Extension personnel in a cooperative, courteous, respectful manner demonstrating good sportsmanship and behaviors appropriate for a positive role model.
- Accept supervision from Extension personnel and cooperate with others; in addition, parents and youth will accept supervision from certified organizational and project volunteers.
- Maintain open, honest communication with members, volunteers, parents and Extension personnel.
- Uphold every individual's right to dignity, appropriate self-expression and individual development.
- Refrain from verbal or physical abuse of others and report such abuse, if observed. Any actions, such as conviction for child abuse or neglect, violent crimes, unethical behavior, substance abuse, verbal abuse, physical abuse, mismanagement of 4-H funds, or other serious offenses will not be tolerated.
- Respect, adhere to, and enforce the rules, policies and guidelines established at the county and state levels for the 4-H Youth Development Program.
- Promote the spirit of inclusion and welcome participation of other individuals from all backgrounds.
- Comply with equal opportunity and anti-discrimination laws.
- Refrain from consuming alcoholic beverages, use of tobacco products and/or a controlled substance at 4-H events and activities. Being under the influence of alcohol or illegal drugs while in the presence of 4-H members at or during 4-H programs or activities is not acceptable.
- Inform Extension personnel of any incidents that may violate 4-H policies.
- Treat animals humanely and encourage all participants to provide appropriate and ethical animal care.
- Operate machinery, vehicles, and other equipment in a safe and responsible manner when working with youth and adults participating in 4-H Youth Development programs.
- Ensure that 4-H participants are not required to purchase materials, equipment, animals or services from any specific places of business.
- Comply with all applicable laws of the city, county, and state of residence and/or location of 4-H activity.
- Handle all concerns regarding county/area 4-H program management internally within the University of Idaho Extension system.

Violating the Code of Conduct shall be grounds for action up to or including immediate removal from the 4-H activity/program and termination. Decisions regarding immediate removal, suspension or termination will be made by the county 4-H Professional with subsequent notification of and consultation with the District Director and State 4-H Youth Development Director. Volunteers who wish to appeal a decision may do so through the Appeal Process.

I have read, understand and agree to abide by this Code of Conduct.

---

Name

Printed Name

Date