



# REGIONAL DE KANSAS RETO BRAILLE

## Regional De Kansas City

**Cuando:** Febrero 18, 2022

**Donde:** Kansas State School for the Blind  
Kansas City, KS

## Regional De Wichita

**Cuando:** Marcha 5, 2022

**Donde:** Maize South Middle School  
Maize, KS

## 2022 Formulario de Autorización

Debe ser firmado por un padre/guardia legítimo y devuelto el 5 de Enero, 2022 a Kansas State School for the Blind: 1100 State Ave., Kansas City, KS 66102. Attn: Aundrayah Shermer: el correo electronico es ashermer@kssdb.org. Solo los concursos presentados con un formulario de permiso firmado adjunto serán elegibles para los Finales del Reto Braille (Braille Challenge Finals) al Instituto Braille.

Por favor imprima el nombre oficial claramente y llene completamente.

\* Requerido

\* Apellido \_\_\_\_\_ \* Primer Nombre \_\_\_\_\_

\* Dirección \_\_\_\_\_ Num. De Apt. \_\_\_\_\_

\* Ciudad \_\_\_\_\_ \* Estado \_\_\_\_\_ \* Código Postal \_\_\_\_\_

\* Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ \* Edad \_\_\_\_\_ \* Grado \_\_\_\_\_ \* Género Masculino Femenino Negarse a contestar

\* Correo Electrónico \_\_\_\_\_ \* Teléfono \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha usado una pantalla braille actualizable?      Sí      No

¿Tiene acceso regular a una pantalla braille actualizable o anotador braille?      Yes      No

¿En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del dispositivo que utiliza? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha emparejado una pantalla braille actualizable o un anotador con un iPad, iPhone, o dispositivo Android?

Sí      No

Talla de Camiseta	Joven:	X-Pequeña	Pequeña	Mediana	Grande
	Adulto:	Pequeña	<input type="checkbox"/> Mediana	<input type="checkbox"/> Grande	<input type="checkbox"/> XL-Grande <input type="checkbox"/> XXL-Grande <input type="checkbox"/> XXXL-Grande

▶ Continúe en la siguiente página ◀

### Información de Procurador Remoto [Si se Aplica]

Nombre del Procurador \_\_\_\_\_

Email del Procurador \_\_\_\_\_

Número del Procurador \_\_\_\_\_

Dirección postal del Procurador (para los materiales de la prueba)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Para ser completado por el Maestro/la Maestra de los Estudiantes con Discapacidad Visual  
(Por favor llene completamente)

Nombre del Maestro/la Maestra \_\_\_\_\_

Nombre del Maestro/la Maestra \_\_\_\_\_ Teléfono de Maestro/a \_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador/a Regional (si se aplica) \_\_\_\_\_

**Marque uno. Nota: Todos los concursos están en formato UEB solamente.**

**Nivel de Competición del Alumno:**  App  Fresh  Soph  JV  Varsity  
(NO Nivel de Grado en la Escuela) Grades 1-2 Grades 3-4 Grades 5-6 Grades 7-9 Grades 10-12

En el Nivel del Grado **Or**  Por Debajo del Nivel del Grado (BGL)

\*Si Aprendiz BGL  Con Contracciones  Sin Contracciones

\*Estudiantes que toman un concurso por debajo de su nivel de grado o que toman el concurso aprendiz sin contracciones no son elegibles para asistir a los Finales.

**¡Acuérdense Mantente Clama y Adelante con Braille!**

---

## Declaración de Permiso y Responsabilidad / Absolución Fotográfica

Por la presente doy permiso a mi hijo o hija para participar en todos los eventos del Reto Braille, incluyendo el concurso preliminar regional y, si elegible, el concurso final en Los Ángeles, CA. En consideración del permiso del Instituto Braille dado a mi hijo o hija para participar en los eventos del Reto Braille, yo, en nombre de mi mismo, mi hijo, nuestros herederos, nuestros sucesores o cesionarios, por la presente renunciamos y liberamos, y aceptamos indemnizar y mantener sin culpa el Instituto Braille de América, Incorporado (Braille Institute of America, Inc.), sus empleados, oficiales, directores, voluntarios, y agentes, incluyendo coordinadores regionales (colectivamente “Partidos de BIA”) de cualquier y todas reclamaciones, incluyendo reclamaciones de negligencia, resultando en lesiones físicas o psicológicas, enfermedades, daños, pérdidas económicas o emocionales, surgiendo de o relacionado a la participación de mi hijo en cualquier evento del Reto Braille.

Autorizo los Partidos de BIA para fotografiar, grabar en video, o de otra manera grabar por modos visuales, audios, electrónicos o maneras manuales, la apariencia visual y/o voz u otros sonidos creados por mi hijo o hija (colectivamente “Reproducciones”). Partidos de BIA, pueden usar o permitir ser usado para el fomento de la misión del Instituto Braille las Reproducciones en cualquier CD, DVD, exhibición, visualización, publicación, solicitud o material promocional o educacional o en cualquier sitio de web, incluyendo sin limitación el sitio de web del Instituto Braille o sus canales de redes sociales, sin compensación a mi hijo, los herederos de mi hijo, sucesores o cesionarios.

COVID-19: Entiendo que la participación de mi hijo en persona en cualquier evento del Reto Braille puede ser condicionado sobre la conformidad de mi hijo con ciertas precauciones, incluyendo sin limitación llenando satisfactoriamente un formulario de salud, el uso adecuado de una mascarilla y el mantenimiento de distanciamiento social especificado.

Nombre del Hijo \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardia \_\_\_\_\_

*Typing your name in this field will be accepted as your signature.*

Nombre Imprimido del Padre/ Guardia \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**¡Acuérdense Mantén la Clama y Adelante con Braille!**