

## SUNY ONEONTA MIGRANT LEADERSHIP ACADEMY Student Application

STUDENT INFORMATION					
Last Name		First		T-Shirt Size	
Street Address				Apt/Unit #	
City		State		ZIP	
Phone		School Counselor's Name			
Grade		School Counselor's email address			
Mother's Name			Father's Name		
Mother's Phone #(s)			Father's Phone #(s)		
In case of emergency, I give permission for either of the following people to be contacted:					
Name		Phone		Relationship	
Name		Phone		Relationship	
<b>REQUIRED STUDENT HEALTH CONCERNS:</b> <b>ARE YOU TAKING ANY MEDICATIONS? IF YES, WRITE NAME AND DOSAGE. ANY ALLERGIES?</b> <b>ANY OTHER HEALTH CONCERNS?</b>					
<b>REQUIRED STUDENT EDUCATIONAL CONCERNS: RETENTION, 504 OR IEP ACCOMMODATIONS, LANGUAGE DOMINANCE.</b>					

1. Attendance permission: I hereby give my permission for my child to attend the classes and participate in the scheduled activities.
2. Field trip permission: I give permission for my child to attend field trips.
3. I hereby authorize the New York State Migrant Education Program to publish/print my child's schoolwork, photographs of my child, video recordings of my child, and/or interviews on the internet and in various publications for educational and informational purposes. I further understand that these photographs and video recordings will depict my child and other students engaged in different educational activities and that these materials will be reviewed by staff to determine its relevance based on purpose, appropriateness, and audience prior to use.

---

 Parent/Guardian  
 Signature

Date

---

 Migrant Educator  
 Signature

Migrant Educator Name/METS



**Academia de Liderazgo para Migrantes SUNY Oneonta 2025**  
**Convenio**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre), manifiesto mi acuerdo para asistir a la Academia de Liderazgo para Migrantes, SUNY Oneonta 2025 (SOMLA) durante el período comprendido del domingo 13 de julio al viernes 18 de julio, 2025. Me queda entendido que el propósito de SOMLA es proporcionar a los estudiantes la oportunidad de obtener un crédito universitario y mejorar sus habilidades de liderazgo. Por este medio me comprometo a hacer del estudio mi más alta prioridad durante mi estancia en SOMLA así como durante el semestre de otoño en High School. Asimismo me comprometo a llegar a tiempo, a prepararme y a participar en todas mis clases y actividades. Así también me queda entendido que deberé dejar la academia si el personal determina que mi prioridad no es el estudio durante mi estancia en SOMLA, y así lo decide. De igual forma me comprometo a seguir las normas de SOMLA y de la Universidad así como cumplir con las regulaciones y los reglamentos establecidos por el personal de SOMLA, incluyendo el uso restringido de mi teléfono celular (las políticas y regulaciones se darán a conocer en forma detallada el día 13 de julio, del 2025). De igual manera, me comprometo a seguir la regulación que se presenta a continuación así como la regulación complementaria que será presentada el día 13 de julio de los corrientes.

**Dentro del Campus de la Universidad y en todas las Instalaciones propiedad de la misma QUEDA PROHIBIDO lo siguiente:**

- La posesión o consumo de bebidas alcohólicas/marijuana, tabaco en forma individual o en grupo.
- Drogas ilegales y sus accesorios
- Cualquier conducta ilícita, perturbadora, o que altere el orden así como el ruido excesivo
- La posesión o tenencia de armas o de un instrumento letal en el campus, o el uso de cualquier objeto con la intención de hacer daño a otro
- La portación de velas o cualquier otro instrumento de flama abierta así como combustibles de cualquier tipo
- Lámparas de halógeno
- Equipo personal de audio como amplificadores de sonido, bocinas, etc.

**Me queda entendido cada uno de los términos del presente convenio y, me comprometo a participar plenamente en todas las actividades de aprendizaje que se presenten durante mi estancia en SOMLA.**

***Los estudiantes con necesidades alimenticias especiales deberán describirlas a continuación:***

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

La mejor hora del día para contactarme es \_\_\_\_\_ (horas) al teléfono \_\_\_\_\_



## Consentimiento Médico

### Academia de Liderazgo para Migrantes, SUNY Oneonta 2025

Yo, \_\_\_\_\_, soy el (la) \_\_\_\_\_ (padre, madre o tutor) de \_\_\_\_\_, quien asistirá a la Academia de Liderazgo para Migrantes SUNY Oneonta (SOMLA).

Por este conducto doy mi consentimiento, en caso de que todos los intentos razonables de contactarme en el número \_\_\_\_\_ (número[s] telefónico[s]) hayan fallado, para que cualquier tratamiento que se haya considerado necesario sea administrado, por el personal médico del Centro de Salud de SUNY Oneonta o del A.O. Fox Memorial Hospital, o en caso de que tal personal no esté disponible, por otro médico o dentista certificado, y así también para el traslado de mi hijo(a) a cualquier otro hospital razonablemente accesible de ser necesario.

Por este conducto doy mi autorización para que el personal médico de la Academia de Liderazgo para Migrantes de SUNY Oneonta (SOMLA) o del A.O. Fox Memorial Hospital pueda ejercer por mí y de mi parte, todos mis derechos y obligaciones en lo que se refiere a consentir o permitir el tratamiento médico, psiquiátrico y quirúrgico apropiados, el uso de anestésicos, medicinas, y la hospitalización, incluyendo el cuidado y tratamiento proporcionado por la sección de Servicios de Salud para el Estudiante y A.O. Fox Memorial Hospital, o la utilización de un cirujano, médico o radiólogo de su personal que se juzgue necesario para la atención de emergencia de mi hijo/hija/tutelado.

Con la intención de obligarme legalmente, por la presente formalizo este consentimiento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Padre de Familia/Tutor

Fecha

EL SEGURO DE LESIONES Y ENFERMEDAD DEL ESTUDIANTE ES OBLIGATORIO. Favor de proporcionar la información acerca del seguro.

.....

El estudiante arriba mencionado está cubierto por seguro:

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura (ej. gastos médicos mayores, hospitalización, etc.):  
\_\_\_\_\_

Número de póliza o de cuenta: \_\_\_\_\_

**Prescription and Over-the-Counter Medication Consent Form**  
**2025 SUNY Oneonta Migrant Leadership Academy (SOMLA)**

If your child needs *any* kind of medication while at SOMLA, we need your consent for medication distribution *and* for the use of medical devices.

For prescription medications, we need additional information from the prescribing physician as well. See below.

**Will your child require *prescription* medication(s) while at SOMLA? (This includes EpiPens and Inhalers.)**

<b>Yes</b>	<input type="checkbox"/>	If "yes," <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Please have your child's physician complete page 2. Submit the completed form with your other SOMLA application documents.</li> <li>2. Staff at SOMLA must be made aware of the presence of EpiPens, inhalers, and/or other medications.</li> <li>3. If students do not have prescription medications with them upon arrival at SOMLA, they will not be permitted to stay at SOMLA. <i>Important Note:</i> Prescription medications must be brought in their original containers bearing the pharmacy label and have specific instructions for use (Child's name, number of pills, prescribing practitioner, pharmacy name, pharmacy name and address, filler's initials, and serial number).</li> <li>4. Your child will self-administer the medication. Should assistance be needed from SOMLA health services, please describe here:</li> </ol>
<b>No</b>	<input type="checkbox"/>	If "no," your child <i>must not</i> be in possession of ANY medication while at SOMLA. You only need to complete and sign page one.

**Will your child require *over-the counter* medications while at SOMLA?**

<b>Yes</b>	<input type="checkbox"/>	If "yes," I give permission for my child to self-administer any of the over-the-counter medications listed below, in coordination with health services at SOMLA.
<b>No</b>	<input type="checkbox"/>	If "no," we will call you if your child is sick. You may verbally agree at that time that your child may take any over-the-counter medications shown below, in coordination with health services at SOMLA.

**List of Over-the Counter Medications:**

- Benadryl
- Claritin
- Midol
- Advil
- Pepto-Bismol
- If you believe another over-the-counter medication may be needed, please write it here:
- Tylenol
- Dimetapp
- Excedrin
- Cortaid

*I understand and agree with the above criteria and processes regarding the administration of prescription and over-the-counter medication(s) at SOMLA.*

**Student Name:** \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian Name:** \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian Phone:** \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**Prescription Medications**

*This form should be completed by the prescribing physician.*

Hello physician,

Your patient has been nominated to participate in the 2025 SUNY Oneonta Migrant Leadership Academy (SOMLA) from July 13, 2025, through July 18, 2025. As such, our health services team requests your assistance, using this form, if your patient must take prescription medication during SOMLA.

Patient Name: \_\_\_\_\_

Patient Date of Birth: \_\_\_\_\_

**Medication #1**

Name of prescription medication:	
General condition for which the medication is prescribed:	
Does the medication require refrigeration?	<input type="checkbox"/> Yes or <input type="checkbox"/> No
Is there any other information that you think would be helpful for us to understand, in case of emergency, reactivity with other drugs, or otherwise?	

**Medication #2**

Name of prescription medication:	
General condition for which the medication is prescribed:	
Does the medication require refrigeration?	<input type="checkbox"/> Yes or <input type="checkbox"/> No
Is there any other information that you think would be helpful for us to understand, in case of emergency, reactivity with other drugs, or otherwise?	

Does your patient require an EpiPen during SOMLA?  Yes or  No

If "Yes," what is the reason the student requires an EpiPen? \_\_\_\_\_

Is the patient prescribed by a doctor to self-administer the EpiPen?  Yes or  No

If "Yes," was a prescription provided?  Yes or  No

**Prescribing Physician's Information**

**Physician's Name:** \_\_\_\_\_

**Office Contact Phone Number:** \_\_\_\_\_

**Physician's Signature:** \_\_\_\_\_



It is acceptable to leave the citizenship and permanent residency/DACA questions blank, should students wish to do so.

Se pueden dejar las preguntas sobre ciudadanía y residencia permanente/DACA en blanco, si el estudiante prefiere no responder.



Extended and Community Learning Center  
 215 Hunt Union  
 Oneonta, NY 13820  
 Phone: 607.436.2548  
 Fax: 607.436.2692

**Non-Degree Application & Registration Form  
 Summer Leadership Academy- summer 2025**

\_\_\_\_\_

Last Name	(Birth) First Name	(Chosen) First Name	MI
-----------	--------------------	---------------------	----

Currently enrolled in High School at: \_\_\_\_\_ Last grade completed \_\_\_\_\_

Permanent Mailing Address: \_\_\_\_\_

Street	City	State	Zip
--------	------	-------	-----

Phone: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_ Gender: \_\_\_\_\_

Do you reside in New York State?  Yes  No      NY State County of Residence: \_\_\_\_\_

Are you a U.S. citizen?  Yes  No

**If No**, do you have permanent residency or DACA?  Yes  No  
**If Yes**, please include a copy of both sides of your card with this application.  
*Application will not be processed if above information is missing!*

Answering the following questions is *voluntary*:  
 Is your native language English?  Yes  No  
 Are you Hispanic/Latino?  Yes  No

If Hispanic/Latino, is your background (select one):  
 Central American     Dominican     Mexican     Puerto Rican     South American     Other Hispanic/Latino

Please indicate your race (select one or more):  
 American Indian or Alaska native                       Asian                       Black or African American  
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander             White

By signing this form, I am agreeing to be enrolled in INTD 1220 Transition Skills for Emerging Leaders for 1 credit. My signature will also allow my high school to provide official transcripts to SUNY Oneonta. I understand that I am academically liable for any class that appears on my schedule. As a non-degree student, I am held to SUNY Oneonta’s Student Code of Conduct which can be found at: [www.oneonta.edu/development/studevel.asp](http://www.oneonta.edu/development/studevel.asp)

Any falsification of data may result in a denial of admission or in dismissal from the University.

Student Signature: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_  
*(Required if student is under the age of 18)*

Date: \_\_\_\_\_



## Permiso/Autorización

### Academia de Liderazgo para Migrantes, SUNY Oneonta 2025

Yo, el padre o tutor de \_\_\_\_\_, doy mi permiso para que mi hijo(a)/dependiente asista y participe en la Academia de Liderazgo para Migrantes 2025 SUNY Oneonta a celebrarse en SUNY Oneonta, incluyendo el permiso para realizar viajes de prácticas supervisadas patrocinados por SOMLA. Asimismo doy permiso para que mi hijo(a) viaje en auto o van escolar conducido por un miembro del personal del programa para migrantes o en un autobús contratado manejado por conductores profesionales. Asimismo doy mi permiso para que mi hijo(a) resida en un conjunto residencial dentro del campus de SUNY Oneonta durante la realización de los eventos del Programa SOMLA efectuados del 13 al 18 de julio del año 2025.

Asimismo acepto la responsabilidad para cubrir los costos derivados de cualquier daño a la propiedad en que haya incurrido mi hijo(a) durante la realización de este programa.

Quedo en el entendido que mi hijo(a) debe asistir a todas y cada una de las sesiones/clases del programa (a menos que esté enfermo/enferma) y que deberá apegarse a las normas y reglamentos vigentes en SUNY Oneonta así como a las normas establecidas por el Programa SOMLA. Asimismo queda entendido que si mi hijo(a) incumpliese las normas y reglamentos vigentes, él/ella será expulsado/expulsada del programa.

Por este conducto libero de responsabilidad a SUNY Oneonta y al Programa SOMLA, sus agentes y empleados, por cualquier acción, daños o reclamaciones que yo, mis herederos, apoderados, administradores, o representantes puedan efectuar en contra de SUNY Oneonta o el Programa SOMLA por cualquier lesión personal, conocidas o por conocer, que mi hijo(a) reciba o pueda recibir durante su participación en los eventos y actividades del programa, y en los viajes de prácticas mencionados líneas arriba.

Declaro que he leído esta autorización y que he entendido todos sus términos. Doy formalidad a este documento en forma voluntaria y con pleno conocimiento de su significado.

Con la intención de obligarme legalmente por este documento, doy formalidad a esta autorización:

\_\_\_\_\_

Nombre del Padre de Familia/Tutor (letra de molde)

\_\_\_\_\_

Firma del Padre de Familia/Tutor

\_\_\_\_\_

Fecha

Dirección: \_\_\_\_\_

Número telefónico (día): \_\_\_\_\_ (tarde): \_\_\_\_\_