

Children Rooms of the Circuit Court of Cook County

Name of the Parent/Guardian: _____ Case#/Type: _____ Date: _____

Name of Judge/Courtroom#: _____ Time in: _____

<p>Name(s) and Age(s) of Child(ren):</p> <p>1. _____ age _____ mos./yrs.</p> <p>2. _____ age _____ mos./yrs.</p> <p>3. _____ age _____ mos./yrs.</p> <p>4. _____ age _____ mos./yrs.</p> <p>5. _____ age _____ mos./yrs.</p>	<p>If applicable, list any allergies:</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p>
<p>If applicable, please specify the following for all children:</p> <p>Behavior Issues: _____</p> <p>Special Needs/Fear: _____</p> <p>Restrictions: _____</p>	<p style="text-align: center;">Do you grant permission for your child(ren) to have snacks?</p> <p style="text-align: center;">Yes No</p>

Children's Address: _____
(Street) (City) (State) (Zip Code)

Parent/Guardian Address: _____
 (if different from child) (Street) (City) (State) (Zip Code)

Telephone No.: _____

If I am unable to pick up my child(ren) for any reason (including detention by the Court or law enforcement), Children's Room staff may release my child(ren) to:

Emergency Contact: _____ Telephone No.: _____ Relationship: _____

Emergency Contact: _____ Telephone No.: _____ Relationship: _____

**** If Children's Room staff are unable to contact any person named on this form or granted custody by the Court – or all of those people are unable to pick up my children – I understand that my child(ren) may be released to the Illinois Department of Children and Family Services. ****

Moreover, I understand that Children's Room staff will release my child(ren) to a person not indicated on this form should the Circuit Court of Cook County, IL – by order – grant custody to that person.

MEDICAL

- The Children's Room staff will not administer and medication to children.
- If any minor injuries occur such as, minor cuts, scratches, etc., the staff will administer first aid.
- **Should any serious accident occur where my child need immediate emergency medical attention, I authorize emergency care to be rendered.**

RELEASE

I hereby release the Office of Chief Judge (OCJ), the Clerk of the Circuit Court of Cook County, Illinois (Clerk) and the County of Cook, Illinois (County) from liability and waive any claims for any damages I or my child(ren) may incur due to OCJ's, the Clerk's or the County's negligent acts or omissions or otherwise related to attending the Children's Rooms. I grant this release in exchange for my child(ren)'s attendance in the Children's Room with knowledge of the risks of using childcare services. I understand and intend that OCJ, the Clerk and the County rely on this release in allowing my child(ren) to attend the Children's Room without charge.

I certify that I have read and understand the above medical/release and that the information filled in above is correct.

Signature of Parent/Guardian upon Intake: _____ Date: _____

Signature of Staff upon Intake: _____ Date: _____

TO BE COMPLETED UPON PICK-UP

Signature of Parent/Guardian upon pick-up: _____ Date: _____

Signature of Staff upon pick-up: _____ Date: _____

For Staff Use Only

Boy(s) _____	AA _____ H _____	New _____	Books _____	Digital Pic (s) _____
Girl(s) _____	C _____ O _____	Return _____	Toys _____	_____

Children Rooms of the Circuit Court of Cook County

Nombre del Padre/Tutor: _____ Caso#/Tipo: _____ Fecha: _____

Nombre del Juez/Sala #: _____ Tiempo en: _____

Nombre(s) y edad(es) del(los) niño(s): 1. _____ age _____ meses/años. 2. _____ age _____ meses/años. 3. _____ age _____ meses/años. 4. _____ age _____ meses/años. 5. _____ age _____ meses/años.	Si corresponde, enumere las alergias: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____
Si corresponde, especifique lo siguiente para todos los niños: Problemas de conducta: _____ Necesidades Especiales/Temor: _____ Restricciones: _____	¿Otorgan permiso para que su(s) hijo(s) coma(n) bocadillos? Si No

Dirección del Niño: _____

(Calle)
(Ciudad)
(Estado)
(Código Postal)

Dirección del Padre/Tutor: _____
 (si es diferente del niño) (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Nº de teléfono: _____

Si no puedo recoger a mi(s) hijo(s) por cualquier motivo (incluida la detención por parte del tribunal o la policía), el personal de Children's Room puede entregar a mi(s) hijo(s) a:

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

**** Si el personal de Children's Room no puede comunicarse con ninguna persona nombrada en este formulario o si el tribunal le otorga la custodia, o si todas esas personas no pueden recoger a mis hijos, entiendo que mis hijos pueden ser entregados a Illinois. Departamento de Servicios para Niños y Familias. ****

Además, entiendo que el personal de Children's Room entregará a mi(s) hijo(s) a una persona no indicada en este formulario si el Tribunal de Circuito del Condado de Cook, IL, por orden, otorga la custodia a esa persona.

MÉDICO

- El personal de la Sala de Niños no administrará medicamentos a los niños.
- Si se producen lesiones menores, como cortes menores, rasguños, etc., el personal administrará primeros auxilios.
- **En caso de que ocurra algún accidente grave en el que mi hijo necesite atención médica de emergencia inmediata, autorizo que se preste atención de emergencia.**

LANZAMIENTO

Por la presente libero a la Oficina del Juez Principal (OCJ), el Secretario del Tribunal de Circuito del Condado de Cook, Illinois (Secretario) y el Condado de Cook, Illinois (Condado) de responsabilidad y renuncian a cualquier reclamo por cualquier daño en el que yo o mi(s) hijo(s) podamos incurrir debido a los actos u omisiones negligentes de OCJ, el Secretario o el Condado o relacionados de otra manera con la asistencia a las Habitaciones de Niños. Otorgo esta autorización a cambio de la asistencia de mi(s) hijo(s) a la Sala de Niños con conocimiento de los riesgos de usar los servicios de cuidado infantil. Entiendo y tengo la intención de que OCJ, el Secretario y el Condado confíen en esta liberación para permitir que mi(s) hijo(s) asista(n) a la Sala de Niños sin cargo.

Certifico que he leído y entendido el comunicado médico anterior y que la información completada anteriormente es correcta.

Firma del Padre/Tutor al momento de la admisión: _____ Fecha : _____

Firma del personal al momento de la admisión: _____ Fecha : _____

A COMPLETAR EN EL MOMENTO DE LA RECOGIDA

Firma del Padre/Tutor al momento de la recogida: _____ Tiempo de espera: _____

Firma del personal en el momento de la recogida: _____

For Staff Use Only

Boy(s) _____	AA _____	H _____	New _____	Books _____	Digital Pic (s) _____
Girl(s) _____	C _____	O _____	Return _____	Toys _____	