



Formulario de Autorización para Menores de Edad para Asistir al Programa de Jóvenes Embajadores 2025-2026

Jóvenes embajadores es un programa para Jóvenes de 12 a 16 años. El programa promueve el Desarrollo positivo de los Jóvenes al crear oportunidades para que se conviertan en futuros líderes de su comunidad. Las reuniones de Jóvenes Embajadores son un espacio para que los jóvenes de South Boston y las comunidades cercanas se conecten e interactúen entre sí. El programa de JE tiene tres objetivos:

- **Mejorar las habilidades de liderazgo** de los jóvenes participantes mediante el desarrollo de sus fortalezas.
- Aumentar el **conocimiento sobre educación para la salud** y conductas positivas para la salud.
- Involucrar a los jóvenes como miembros activos **en la comunidad de South Boston** a través de la planificación y participación en oportunidades de voluntario/a y nuevas oportunidades.

Los temas de la reunión incluyen, entre otros:

- Desarrollo Juvenil: carreras profesionales, planificación financiera, hábitos saludables y relaciones.
- Temas de Salud: Uso de sustancias, salud mental y salud reproductiva, y uso de redes sociales.
- Arte e innovación: Pintura, escritura, poesía, canciones, improvisación, meditación/atención plena

Cuando	Martes, 4:30-6:30 Septiembre - Diciembre y Enero - Mayo. Nota: el programa sigue el calendario de las escuelas públicas de Boston y no se reunirá en días de nieve ni en vacaciones escolares.
Donde	409 West Broadway- 3er Piso Sala Comunitaria, South Boston, MA 02127
Que	Comida/refrescos servidos Los jóvenes son elegibles para un estipendio semanal por su Asistencia comprometida al programa y por generar un impacto positivo en su comunidad.

Jóvenes Embajadores es un programa de desarrollo juvenil que se ejecuta a través del Centro de Salud Comunitario de South Boston (SBCHC). SBCHC es un centro de salud comunitario sin fines de lucro con servicio completo que atiende a todos los residentes de South Boston y las comunidades cercanas. SBCHC se esfuerza especialmente por llegar a las poblaciones marginadas y sin seguro médico.

Preguntas/Inquietudes contacte a Sarah Rosadini, LCSW al 617-464-5863, youth@sbchc.org

**Yo, _____ (Madre/Padre o Guardian/a) doy permiso para _____ (nombre del niño/a) asistir a las reuniones de JE y participar en las actividades del programa.

Doy permiso para que mi hijo/a participe en enseñanzas relacionadas con la salud para jóvenes embajadores. ____
SI _____ NO _____

Doy permiso para que la **fotografía de mi hijo/a** se utilice en comunicados de prensa, periódicos y publicaciones de JE. ____ SI _____ NO _____

Alergias conocidas (alimentos, medicamentos, insectos, otros): _____

****Firma de Madre/Padre/Guardian/a:** _____ **Fecha:** _____

****Telefono** _____ **Correo Electronico:** _____