ENGLISH	PORTUGUESE (EUROPE)
The Adolescent Leadership Council (TALC)	**Conselho de Liderança dos Adolescentes (TALC)**
Consent Form	**Formulário de consentimento**
I/my child would like to participate in The Adolescent Leadership Council (TALC). I/my child understand that TALC is a social group and does not constitute medical treatment. I/my child agree to follow any rules set forth by the group during my involvement.	Eu/o meu filho(a) gostaria de participar no Conselho de Liderança dos Adolescentes (TALC) Eu/o meu filho(a) entendemos que o TALC é um grupo social e não constitui tratamento médico. Eu/o meu filho(a) concordamos seguir quaisquer regras impostas pelo grupo durante a minha participação.
I authorize TALC to have, use, publish and reproduce photographs, slides, moving pictures or videotapes of me/my child for its records or publication efforts.	Eu autorizo o TALC a possuir, usar, publicar e reproduzir fotos, slides, fotos em movimento ou vídeos de mim/meu filho(a) para os seus ficheiros ou publicações.
I authorize my child to use reasonable means of transport during TALC events (walking between rooms, taking buses to off-site locations, etc.), understanding that TALC Staff will be supervising the group.	Eu autorizo o meu filho(a) a utilizar meios razoáveis de transporte durante eventos do TALC (caminhar entre salas, andar em autocarros para locais fora do estabelecimento, etc.), e entendo que o pessoal do TALC supervisiona o grupo.
In the event of serious illness or injury, the TALC staff will use all reasonable means to contact the persons listed as emergency contacts. Although medical staff will be present, they will not be responsible for onsite medical treatment. The TALC staff will facilitate transfer of the participant so appropriate treatment can be received.	No caso em que doenças ou ferimentos graves ocorram, o pessoal do TALC utilizará todos os meios razoáveis para entrar em contato com as pessoas na lista de contatos de emergência. Embora o pessoal de assistência médica estará presente, não são responsáveis pelo tratamento médico do estabelecimento. O pessoal do TALC facilitará a transferência do participante para que o tratamento adequado possa ser recebido.
I/my child understand that participation in TALC is voluntary. At any point in time I/my child can decide to withdraw from the group. If I/my child decide to withdraw, a reasonable effort will be	Eu/o meu filho(a) entendemos que a participação no TALC é voluntária. A qualquer altura eu/o meu filho(a) podemos decidir terminar a participação no grupo. Se eu/o meu filho decidir terminar a

made to inform the TALC Staff.	participação, será feito um esforço razoável para informar o Pessoal do TALC.
If there are any questions the TALC Program Coordinator, Erin Scott, LCSW, can be contacted at (401) 444-7563 or at erin.scott@lifespan.org	Se tiver quaisquer perguntas, a Coordenadora do Programa TALC, Erin Scott, LCSW, pode ser contatada pelo número (401) 444-7563 ou em erin.scott@lifespan.org
_____ _____	_____ _____
Parent/guardian signature Date	Assinatura do Pai/Mãe/Pessoa responsável Data
_____ _____	_____ _____
Adolescent signature Date	Assinatura do(a) adolescente Data
Parent Contact: _____ **Phone:** _____	**Informação de contato do Pai/Mãe:** _____ **Telefone:** _____
Emergency Contact: _____ **Phone:** _____	**Contato de Emergência:** _____ **Telefone:** _____
Relationship: _____	**Relacionamento:** _____