



# Programa de Música de Santa Lucia

## Formulario de Inscripción

Para niños de 11 años en adelante

Verano: 18 de Julio, 2016 -22 de Julio, 2016 9am-12pm



### Información del Estudiante

Nombre Completo: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Grado: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Información de los Padres

Nombre de un Padre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

¿Asistió su hijo a nuestro programa de música el año pasado?  SI  NO

¿Toca su hijo un instrumento musical?  SI  NO ¿Que instrumento? \_\_\_\_\_

### NOMBRES DE PERSONAS QUE PODAMOS CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA. (ADEMÁS DE LOS PADRES)

1.	_____	_____	_____	_____
	NOMBRE	TELÉFONO DE CASA	CELULAR	RELACIÓN

2.	_____	_____	_____	_____
	NOMBRE	TELÉFONO DE CASA	CELULAR	RELACIÓN

### INFORMACION DE SALUD

¿Tiene alguna condición de salud inusual el estudiante? SI  NO

Si contesto SI, por favor explique: \_\_\_\_\_

Por favor explique si el estudiante tiene problemas de aprendizaje: \_\_\_\_\_

Doctor del estudiante \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Información de su Aseguradora Médica (Número de Grupo, etc.) \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO DE LIBERACION DE FOTOGRAFIAS:

Ocasionalmente se toman fotos de los eventos y reuniones de los estudiantes. Nos gustaría usar esas fotografías para publicaciones, volantes, Facebook y el sitio de Web de la Parroquia. Nosotros no usaremos los Apellidos. Preguntas y preocupaciones sobre las fotos publicadas deberán expresarse al escritor (webmaster) y se responderá rápidamente. Yo el padre/madre de este estudiante, autorizo y doy el total consentimiento, sin limitaciones o reservaciones, al Programa de Música de la Iglesia de Santa Lucia de publicar cualquier fotografía en la cual el estudiante, su primer nombre, y/o fotografías de sus padres/familiares aparezcan mientras esté participando en el programa. No compensación será otorgada.

Firma de Madre o Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO MEDICO Y LIBERACION DE RESPONSABILIDAD

Si un tratamiento médico es requerido y los padres/guardianes legales no se pueden encontrar inmediatamente, su firma en la parte inferior autoriza a la Coordinadora del programa, o su representante, ejercitar un juicio prudente para proveer servicios médicos a mi hijo(a). Protegidos por la Ley Federal, la información confidencial no será hecha pública

Firma de Adulto/Madre o Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Favor de notificar a la Coordinadora del programa inmediatamente si hay que cambios en la información de esta hoja