

2019 Campamento de Cinderella – Formulario de Registro

instrucción para este campamento será in inglés

Nombre de Estudiante: _____ ¿De que sexo es tu hijo?: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ ¿A qué escuela asiste su hijo/a?: _____

Nombre de padre/guardián: _____

E-mail de padre/guardián: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono #1: _____ Teléfono #2: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono de Contacto de Emergencia: _____

¿Cómo se enteró de este campamento? _____

Por favor indique una sesión: **Sesión 1 Aug 5 – 17** **Sesión 2 Aug 19-31**

Se debe pagar un depósito no reembolsable de \$50. Este pago se aplica al coste total del campamento (\$300). Se ha de incluir con este formulario para registrarse. Necesitamos recibir el pago total al menos 30 días antes del comienzo del campamento. **Política de cancelación:** el depósito será reembolsado hasta 2 semanas antes del comienzo del campamento. En las 2 semanas antes de campamento, sólo el 50% del importe pagado por encima del depósito de \$50 inicial será reembolsado. Una vez haya empezado el campamento, ya no habrá reembolso del dinero pagado.

El campamento está en la **Broadway Rose New State Theatre**
12850 SW Grant Ave, Tigard, OR

El Broadway Rose Theatre Company no provee seguro médico para ninguno de los participantes en cualquier programa ofrecido. El/La que firma abajo, padre o guardián de este estudiante menor, da a los directores y profesores de Broadway Rose Theatre Company, como agente de sus hijos, consentimiento para que el teatro pueda ofrecer tratamiento médico.

Los que firman abajo dan consentimiento a tratamiento médico de emergencia. Libero a Broadway Rose Theatre Company y su Junta Directiva de cualquier reclamación por lesiones personales. También consiento que fotos o videos del participante puedan ser tomados y usados, sin compensación para cualquier propósito que se considere necesario para promover las programas educacionales de Broadway Rose Theatre. Broadway Rose Theatre no es responsable de proveer transporte de estudiantes hacia o desde las clases, ensayos, o actuaciones.

Firma de padre/guardián: _____ Fecha: _____

Costo de campamento: \$300 Donación adicional: _____ Pago total hoy: _____

Pago con: Cheque Tarjeta de crédito

Número de tarjeta de crédito: _____ Fecha de caducidad: _____ CVV: _____

Autorizo a Broadway Rose a cargar la cantidad restante adeudada:

Sesión 1: 5 Julio, 2019

Sesión 2: 19 Julio, 2019

Ver la página siguiente →

Uso de oficina:

Order # _____ Paid: _____ Date: _____ Check #: _____ Initial: _____

Order # _____ Paid: _____ Date: _____ Check #: _____ Initial: _____

Order # _____ Paid: _____ Date: _____ Check #: _____ Initial: _____

BROADWAY ROSE THEATRE COMPANY

Formulario de Autorización de Tratamiento y Información Médico

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo, el que firma abajo, padre o guardián del estudiante listado arriba, doy permiso para que mi estudiante reciba tratamiento de emergencia según sea necesario al teatro y los miembros del Broadway Rose Theatre Company (BRTC). Doy permiso para que el estudiante sea transportado en ambulancia a un centro de emergencia para recibir tratamiento. Si yo, el contacto de emergencia de mi hijo, o mi médico preferido no puede ser contactado doy mi consentimiento para que mi hijo pueda recibir tratamientos y procedimientos médicos, quirúrgicos y procedimientos hospitalarios que un médico con licencia o hospital realice para cuidar a mi hijo/a cuando se considere inmediatamente necesario o aconsejable para proteger la salud de mi hijo. Estoy de acuerdo en no responsabilizar a BRTC ni a ningún miembro de la plantilla del teatro por daños, lesiones, o pérdidas durante la participación del estudiante en los programas educativos del BRTC.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de padre(s)/guardiánes _____

Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

Contacto de Emergencia (que no sean el padre) _____

Teléfono: _____ Teléfono alternative: _____

Nombre de médico: _____

Lugar donde atiende su médico: _____ Teléfono: _____

Seguro médico/plan de salud: _____ Número de póliza: _____

Por favor enumere cualquier información importante relacionada con la salud para su hijo (alergias, medicaciones, necesidades especiales de aprendizaje):

Envíe el formulario completado y pago a:
Broadway Rose, Attn: Drama Camp P.O. Box 231004, Tigard, OR 97281

Déjalo en persona a:
Broadway Rose New Stage, 12850 SW Grant Ave, Tigard 97223

¿Preguntas? Contacte a Amaya Santamaria a camps@broadwayrose.org or call 503.906.2383.

Uso de oficina:

Order # _____ Paid: _____ Date: _____ Check #: _____ Initial: _____

Order # _____ Paid: _____ Date: _____ Check #: _____ Initial: _____

Order # _____ Paid: _____ Date: _____ Check #: _____ Initial: _____