



# Instituto de Música para Niños AFTERSCHOOL INSTITUTE INSCRIPCIÓN FORM PRIMAVERA 2018

Como sabe de nosotros?:  Letero  Escuela  Facebook  Volante  IMC Website   
Postcard  Rerencia de un familiar  Comentarios

Afterschool Institute Location:  ELIZABETH  PLAINFIELD

Select Your Semester (Check One):

12-Weeks Fall (Oct.- Jan. 2018)  12-Weeks Spring (Feb. 2018 - May 2018)

Matricula  Standard Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

## 1. Información del Estudiante

Nombre: \_\_\_\_\_ categoría de estudiante:  Nuevos Estudiantes  Retornante

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Género:  Mujer  Masculino  GéneroNeutro

Alergias/ Alimentación: \_\_\_\_\_ Enfermedad crónica /Medicamentos: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:**  ADD  ADHD  SPD  La dislexia  El trastorno de conducta  del espectro autista  trastorno de ansiedad

Nombres de los hermanos que también asistirá al programa AFTERSCHOOL Instituto:  
\_\_\_\_\_

Cualquier otro aprendizaje de habilidades sociales o retos:?  
\_\_\_\_\_

Confirma que su niño tiene las vacunas al día de acuerdo con los requisitos de admisión de la escuela de Nueva Jersey.

Mi hijo no está vacunado.

En caso de una emergencia no médico, Doy permiso para medicamentos de venta libre (es decir, Tylenol, Tums, Benadryl, etc.) a mi hijo si es necesario.

## 2. Información del Padre / Tutor

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono celular : \_\_\_\_\_

Familia Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Metodo de contactarse: Texto Llamada Email (Marque uno)**



**Instituto de Música para Niños**  
**AFTERSCHOOL INSTITUTE**  
**INSCRIPCIÓN FORM PRIMAVERA 2018**

**3. Contacto de emergencia**

En caso de una emergencia, y de no estar disponible por favor nombre a dos personas con quienes podamos comunicarnos y conocen a su hijo y puedan tomar toda la responsabilidad.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono principal: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono principal: \_\_\_\_\_

**4. Afterschool Program - Selección clase**

Si toma clases de música, **los estudiantes deben practicar** en casa entre clases. (10 - 30 minutos al día se recomienda). **Va a necesitar para alquilar un instrumento?** (\$ 50.00 por 24 semanas. / \$ 25.00 para 12-semanas.)  Sí  No

Guitarra  Teclado  Violín  Otro \_\_\_\_\_

**Hay un cargo el el Programa Afterschool Institute**

Los cargos de Afterschool Institute pueden pagarse adelantado o en un aprobado plan de pagos. Vea La Poliza de Pagos terminos y condiciones tarifa. Si por alguna razon un estudiante **esta ausente 3 veces en un semestre** ellos no podran continuar con el programa sin una reunion entre los **padres, profesores y Director** . El pago solo sera devuelto en caso de seria enfermedad el cual debera ser sustentado con una nota del Doctor Primario del niño al Institute of Music for Children.

Nombre de la clase: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Nombre de la clase: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Nombre de la clase: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Total : \$ \_\_\_\_\_ Solicita Ayuda Financiera: ?  SI  NO

**5. Padre / Tutor Consentimiento para Fotografía, Video y Medios**

Doy mi consentimiento para el Instituto de Música para Niños (IMC) para fotografiar a mi hijo y para utilizar ese tipo de fotos y / o historias en relación con cualquiera de su trabajo sin tener en cuenta ningún tipo de compensación, y lo hago liberando a IMC de cualquier reclamo alguno que pueda surgir en dicha relación.  Sí  No

**6. Padre / Tutor consentimiento para participar en el programa AFTERSCHOOL**

Esto confirma que \_\_\_\_\_ (el estudiante) tiene mi permiso para participar en las clases en el **Instituto de Música y será responsable de los gastos de matrícula y aseguraré mi hijo asiste regularmente y tiene transporte**. Por la presente Autorizo el tratamiento de emergencia por un médico calificado y con licencia seleccionados por el Instituto de Música para Niños en el caso de una emergencia médica, que en la opinión del médico que lo atiende, puede poner en peligro la vida de mi hijo, causa desfiguración, discapacidad física o una incomodidad indebida, si se retrasa. Esta autoridad se concede sólo después de que se ha hecho un esfuerzo razonable para llegar a mí. También garantizar el pago de todos los gastos incurridos durante este tratamiento médico (médico, hospital, rayos X, laboratorio, medicamentos, ambulancia, etc.). tiene permiso para participar en toda Instituto de Música de las actividades del programa para niños. El estudiante y / o su padre / madre / tutor están de acuerdo en cumplir las normas y reglamentos establecidos por el Instituto de Música de la Infancia para la salud, la seguridad y el bienestar de los niños que participan en el programa.

Al firmar esta forma, reconozco que **he leído, entiendo y estoy de acuerdo con el Manual y después de la escuela Instituto que cualquier esfuerzo implica riesgo de lesiones es inherente a todas las actividades**. Por otra parte, no cabe en el Instituto de Música para Niños, o cualquier persona asociada con cualquiera de la organización, responsable en caso de accidente o lesión como resultado de la participación de mi hijo en cualquier Instituto de Música de Programa de los niños.  Sí  No

Padre / Tutor Legal Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_