



# Orange County Children's Therapeutic Arts Center

Music and Art for the  
Empowerment of Young People

## INSCRIPCION

Fecha: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE LOS PADRES

Madre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Adicional (especificar): \_\_\_\_\_

Correo electrónico # 1: \_\_\_\_\_ Correo electrónico # 2: \_\_\_\_\_

### CONTACTOS DE EMERGENCIA (Favor de proveer 2)

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL ALUMNO # 1

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ F  M

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Necesidades especiales: Y  N  Diagnóstico: \_\_\_\_\_

### INFORMACION SOBRE LA SALUD DEL ALUMNO

Restricciones médicas: Explicar \_\_\_\_\_

#### RAZA / GRUPO ETNICO (circular todos los que le correspondan)

Hispano	Negro/Afroamericano	Asiático
Blanco	Islas del Pacífico	Indio Americano/Nativo de Alaska

### CLASES SOLICITADAS

1.	2.	3.
----	----	----

### INFORMACION DEL ALUMNO # 2

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ F  M

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Necesidades especiales: Y  N  Diagnóstico: \_\_\_\_\_

### INFORMACION SOBRE LA SALUD DEL ALUMNO

Restricciones médicas: Explicar \_\_\_\_\_

#### RAZA / GRUPO ETNICO (circular todos los que le correspondan)

Hispano	Negro/Afroamericano	Asiático
Blanco	Islas del Pacífico	Indio Americano/Nativo de Alaska

### CLASES SOLICITADAS

1.	2.	3.
----	----	----

## INSCRIPCION (Continúa)

### INFORMACION DEL ALUMNO # 3

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ F  M   
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Necesidades especiales: Y  N  Diagnóstico: \_\_\_\_\_

### INFORMACION SOBRE LA SALUD DEL ALUMNO

Restricciones médicas: Explicar \_\_\_\_\_

#### RAZA / GRUPO ETNICO (circular todos los que le correspondan)

Latino	Negro/Afroamericano	Asiático
Blanco	Islas del Pacífico	Indio Americano/Nativo de Alaska

### CLASES SOLICITADAS

1.	2.	3.
----	----	----

### INFORMACION DEL ALUMNO # 4

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ F  M   
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Necesidades especiales: Y  N  Diagnóstico: \_\_\_\_\_

### INFORMACION SOBRE LA SALUD DEL ALUMNO

Restricciones médicas: Explicar \_\_\_\_\_

#### RAZA / GRUPO ETNICO (circular todos los que le correspondan)

Latino	Negro/Afroamericano	Asiático
Blanco	Islas del Pacífico	Indio Americano/Nativo de Alaska

### CLASES SOLICITADAS

1.	2.	3.
----	----	----

### INFORMACION DEL ALUMNO # 5

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ F  M   
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Necesidades especiales: Y  N  Diagnóstico: \_\_\_\_\_

### INFORMACION SOBRE LA SALUD DEL ALUMNO

Restricciones médicas: Explicar \_\_\_\_\_

#### RAZA / RACE (circular todos los que le correspondan)

Latino	Negro/Afroamericano	Asiático
Blanco	Islas del Pacífico	Indio Americano/Nativo de Alaska

### CLASES SOLICITADAS

1.	2.	3.
----	----	----



# Orange County Children's Therapeutic Arts Center

(Centro terapéutico de las ARTES para los niños del Condado de Orange)

## Programa y normas de las clases

Yo \_\_\_\_\_ cumpliré con las siguientes reglas de OCCTAC:

1. Al inscribir a mi hijo en cualquier clase de OCCTAC, estoy de acuerdo en pagar la mensualidad correspondiente de \$30.00/\$45.00 dólares al mes y \$10 de inscripción por familia. Entiendo que ésta mensualidad no será reembolsada si lo doy de baja en sus clases.
2. **Se requiere pagar la mensualidad la primer semana de cada mes, de no ser así habrá un recargo de \$5.00 dólares por cada semana atrasada.**
3. Si deseo hacer algún cambio, tendré que esperar al comienzo del siguiente mes.
4. Si deseo dar de baja a mi hijo en alguna de sus clases tendré que llenar una forma explicando el motivo, de no hacerlo recibiré un cobro por ese mes.
5. Mi hijo esperara en el recibidor hasta que comience su clase.
6. Mi hijo permanecerá en silencio en el recibidor para no interrumpir las clases en turno.
7. Los padres deberán permanecer en el recibidor excepto durante la semana de observación.
8. Mi hijo no correrá dentro del centro.
9. Mi hijo traerá los materiales necesarios cuando su clase así lo requiera.
10. Mi hijo tratara con cuidado los instrumentos musicales, computadoras, libros y cualquier otro equipo del centro.
11. Mi hijo será respetuoso con los maestros y seguirá sus instrucciones en todo momento.
12. No se permite comida o bebidas en la clase.
13. Recogeré a mi hijo en cuanto termine su clase. **De no ser así asumo la responsabilidad de pagar una multa de \$5.00 dólares por retraso (Periodo de gracia de 15 minutos).**

## Acuerdo de asistencia

Yo \_\_\_\_\_ padre, madre o tutor legal de \_\_\_\_\_ me comprometo a cumplir con las siguientes reglas, de no ser así entiendo que mi hijo será dado de baja del programa.

1. Me comprometo a que mi hijo participe y asista consistentemente a sus clases.
2. Llamare al centro si mi hijo no puede asistir a su clase por enfermedad.
3. El alumno esta permitido a tres faltas de asistencia, excepto por enfermedad. Después de la tercera falta sin justificación se le dará de baja.
4. Me comprometo a que mi hijo llegue puntal a clase. Si llega más de 15 minutos tarde se le pondrá falta de asistencia.

Doy permiso para que mi hijo participe en clases y actividades llevadas a cabo en OCCTAC. Me comprometo a leer y a cumplir con las reglas antes mencionadas, a llenar todas las formas de inscripción que el personal me ha entregado y también me comprometo a tenerlos al corriente de cualquier cambio en dicha información.

## Renuncia

Además renuncio a reclamar, demandar o causar algún tipo de daño a OCCTAC, sus patrocinadores, fundadores, miembros de la mesa directiva y personal. Renunciando también a responsabilizarlos en alguna forma por algún daño o perjuicio que pudiésemos sufrir durante nuestra participación en OCCTAC.

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Orange County Children’s Therapeutic Arts Center **Autorización para Foto/ Video**

\_\_\_\_\_ Si, El Centro Terapéutico de las Artes, (OCCTAC) puede usar fotos y videos.

(Leer y firmar)

Yo autorizo el uso de imágenes de mi(s) hijo(as) tomadas en video, fotos y/o cámara digital durante una o todas las actividades que ellos realicen, para ser utilizadas exclusivamente por OCCTAC; incluyendo y no limitando a material de promoción, marketing y publicaciones. Renuncio a cualquier derecho de indemnización o de propiedad de dichas imágenes y estoy de acuerdo a no crear contra OCCTAC cualquier acción de reclamo, demanda, daño, gasto y obligaciones de cualquier tipo o naturaleza. Yo entiendo que al firmar esta forma también renuncio a mi derecho a ver o aprobar cualquiera de estas imágenes antes de su uso.

Nombre del estudiante(s) (Por favor, letra de molde)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Teléfono)

\*\*\*\*\*

\_\_\_\_\_ No el Centro Terapéutico de las Artes, (OCCTAC) no pueda usar las fotos ni videos.

(Leer y firmar)

Yo he leído y entiendo todo el acuerdo, pero en éste momento no deseo que ninguna de las imágenes de mis hijo(s) sean usadas de ninguna manera por el Centro Terapéutico de las Artes. Por lo tanto, no autorizo el uso de cualquier imagen.

Nombre del estudiante(s) (Por favor, letra de molde)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Teléfono)