



# Orange County Children's Therapeutic Arts Center

Enriching Lives Through  
the ARTS.

## INSCRIPCIÓN

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

### **INFORMACION DE LOS PADRES** Escribir su nombre

Madre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Padre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico # 1: \_\_\_\_\_

Correo electrónico # 2: \_\_\_\_\_

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

### **CONTACTOS DE EMERGENCIA** (Favor de proveer 2 contactos adicionales. Primero se les llamará a los padres o guardianes.)

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

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

## Verificación de Ingresos

### Escribir su nombre

(La siguiente información es exclusivamente para uso demográfico)

### **Padre o tutor legal:**

Nombre del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Domicilio del Trabajo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Pago por hora:**\$ \_\_\_\_\_ **Horas de trabajo por semana:** \_\_\_\_\_ **Salario anual:**\$ \_\_\_\_\_

### **Madre o tutor legal:**

Nombre del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Domicilio del Trabajo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Pago por hora:**\$ \_\_\_\_\_ **Horas de trabajo por semana:** \_\_\_\_\_ **Salario anual:**\$ \_\_\_\_\_

Madre, jefe de familia: Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Número de miembros en la familia: \_\_\_\_\_ Número de miembros que trabajan: \_\_\_\_\_

Ingreso total de la familia: \$ \_\_\_\_\_

# Orange County Children's Therapeutic Arts Center

## Reglamentos

### Inscripción/Pagos y Asistencia

Me comprometo a:

1. Pagar la mensualidad e Inscripción cuando inscriba a mi hijo/a en cualquier clase en OCCTAC
2. **La mensualidad se debe pagar en las siguientes fechas programadas ( \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, y \_\_\_\_\_), si no se recibe el pago se le cobrará \$5.00 dólares de recargo por pago atrasado.**
3. No recibir reembolso de la mensualidad. En el caso de la cancelación de la clase debido a la baja tasa de inscripción, la mensualidad abonada se acreditará a otra clase disponible. OCCTAC solo permite un cambio de la elegida por sesión en la que el alumno se registró.
4. Firmar la planilla de asistencia cuando dejen y retiren a mi hijo/a en OCCTAC
5. Llamar a la oficina si mi hijo/a no puedo asistir debido a una enfermedad o por problemas de transporte; **después de la tercera falta consecutiva el estudiante será dado de baja del programa y tendrá que pagar una cuota de \$25.00 dólares por cada clase de la que sea retirado.**
6. **Pagar \$25.00 de recargo si retiro a mi hijo antes que finalice la sesión, por cada clase que le dé de baja.**

### Clases y Sala de Espera

Me comprometo a:

1. Firmar la planilla de asistencia.
2. Que mi hijo/a asista a todas las clases en forma regular.
3. Que mi hijo/a llegue a clases a tiempo.
4. Que mi hijo/a permanezca tranquilo en la sala de espera (no gritar, saltar, o correr).
5. Permanecer en la sala de espera durante el tiempo que mi hijo/a este en su clase.
6. Asegurarme que mi hijo/a trae los elementos necesarios para la clase (libros o instrumentos musicales, etc.).
7. Que mi hijo/a cuide y respete los materiales de OCCTAC (instrumentos musicales, computadoras, libros, etc.).
8. Que mi hijo/a respetara las reglas y direcciones del maestro/a en las clases.
9. Recoger a mi hijo/a inmediatamente después de la clase en la sala de espera. **Se cobrarán \$5 dólares de sanción por recoger a sus hijos tarde (se concederán 15 minutos de retraso).**

### Exención

Con la firma del presente documento acepto que mi hijo/a participe de las clases y actividades que ofrece OCCTAC. Estoy de acuerdo con lo leído y acepto los términos de este reglamento. Reúno los requisitos necesarios establecidos en este reglamento para inscribir a mi hijo/a. He recibido todos los formularios necesarios para inscribir a mi hijo/a en las clases seleccionadas. Entiendo que soy responsable de proveer la información necesaria y requerida para inscribir a mi hijo/a en las clases seleccionadas y de notificar sobre cualquier cambio. El incumplimiento de lo especificado en este documento resultara en el retiro de mi hijo/a de cualquier programa ofrecido por OCCTAC.

Me comprometo a no iniciar demanda contra – OCCTAC, patrocinadores, fundadores, directores y empleados – o/y exigir compensación por daños y lesiones que pudiera sufrir mi hijo/a durante su participación en las actividades ofrecidas por OCCTAC.

Firma del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre hijo/a: \_\_\_\_\_ Nombre hijo/a: \_\_\_\_\_

Nombre hijo/a: \_\_\_\_\_ Nombre hijo/a: \_\_\_\_\_

Recibí copia: \_\_\_\_\_



# Orange County Children's Therapeutic Arts Center

Enriching Lives Through  
the ARTS

Inscripción (continúa)

**INFORMACION DEL ALUMNO** Escribir su nombre

Fecha \_\_\_\_\_

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.
----	----	----

## Autorización de fotografías y video cintas

(Leído y firmado en la parte de abajo)

\_\_\_\_\_ **SI**, el Centro Terapéutico de Las Artes de Orange County puede usar fotografías y videos.

Por medio del presente, autorizo que las imágenes de mi hijo/a(s) tomadas durante una o varias actividades, a través de video, fotos o cámara digital, sean usadas para propósitos de OCCTAC incluyendo fines publicitarios y de mercadotecnia. Renuncio a cualquier derecho de propiedad o de compensación sobre éstas imágenes y a proceder en contra de OCCTAC con algún tipo de acción legal, reclamo, demanda, gasto y responsabilidad de cualquier tipo. Comprendo que al firmar éste documento renuncio también al derecho de ver o aprobar cualquier imagen antes de su uso.

\_\_\_\_\_ **NO**, el Centro Terapéutico de las Artes del Condado de Orange no puede usar fotografías y videos.

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

Nombre del padre o tutor legal \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono