Formulario de Inscripción de MSCR

Para ayuda en español, llame al 204-3057

Oficina: MSCR 3802 Regent St., Madison, WI 53705 Teléfono: 608-204-3000 Fax: 608-204-0557

(Jefe de familia) Apellido(s)	Nombre	Fecha de nacimiento	¿Tiene el participante alguna discapacidad? Si____ No_____ ¿Que tipo de discapacidad?
Dirección	Ciudad	Estado / Código Postal	¿Necesita acomodo razonable para participar en alguna actividad? ___Sí ____ No Explique:
Email (Necesario para confirmar su inscripción, o envíenos un sobre predirigido con sello postal)			
Teléfono preferido / Teléfono alterno	¿Es residente del MMSD? (Marque una) ___ Sí ___ No. Los no residentes pagan un 50% adicional. Vea la página 52.		Por favor indique si tiene alguna condición médica o preocupación de salud que nuestro personal necesite saber (p. ej., asma, alergias, etc.).
Teléfono celular __ Estoy de acuerdo en recibir mensajes de texto.			

Nombre del participante	Sexo	Fecha de nacimiento	Grado 2016-2017	Raza (más abajo)	Clase	Título del programa	Lugar	Fecha de comienzo	Hora de comienzo	# Curso	Tarifa
					1ra						
					Clase alterna						
					1ra						
					Clase alterna						
					1ra						
					Clase alterna						
					1ra						
					Clase alterna						

Raza: *Por favor indique usando el número correspondiente: (Opcional)

1. Indio Americano o Nativo de Alaska
2. Asiático
3. Negro o Afroamericano
4. Nativo de Hawaii u otras Islas Pacíficas
5. Hispano
6. Blanco
7. Multirracial

Tamaño de camiseta (si es aplicable al programa)

Nombre:_____ Tamaño:_____

Nombre:_____ Tamaño:_____

Talla Joven
XS
S
M
L
XL

Total $ _____

Donativo $ _____

Total $_____

Declinación de responsabilidad– Se exige su firma para participar

Al inscribirme o participar, entiendo que los programas de MSCR no proveen seguros de accidentes personales y acepto adherirme a las reglas de los programas. Por la presente, yo, mis herederos, albaceas y administradores testamentarios, eximimos a MSCR de cualquier responsabilidad para siempre, y de cualquier reclamación o demanda que pudiésemos tener en su contra, en cualquier forma conectada con mi participación en los programas de MSCR. Es posible que durante el programa se tomen fotos con fines educativos y de mercadeo. He leído las políticas de inscripción y reembolso de MSCR y acepto respetarlas.

Firma: Q_____

Se requiere identificación para las clases en Warner Park CRC. Visite www.mscr.org para más información.

Pago: (marque todos los que apliquen) ____ Efectivo ____ Cheque #_____ (A nombre de MSCR)

__ Estoy solicitando ayuda con las tarifas. Por favor vea el reverso de la página. ____ Tarjeta de crédito:

Número de tarjeta: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Fecha de vencimiento: / **Nombre en la tarjeta:**_____

Cantidad del pago $_____ **Firma autorizada**_____ ☐☐ \ ☐☐