## 3. Negro o Afroamericano 1. Nativo American o de Alaska Raza: Indique arriba usando el número correspondiente: (Opcional) Monto del pago \$\_ Nombre en la tarjeta: # Tarjeta de crédito: Pago: (marque el correspondiente) \_\_\_ Efectivo \_\_\_ Cheque #\_\_\_\_ (a MSCR) \_) \_\_\_ Tarjeta de crédito: MasterCard o Visa Nombre Completo del Participante Contacto de emergencia Número Primario Correo electrónico (requerido para la confirmación del registro O enviar un sobre con su dirección y sello) \* Acepto recibir correos promocionales de MSCR Dirección (Jefe de familia) Apellido MSCR Formulario de Registración Nadison School & Community Recreation Office: MSCR Central, 328 E Lakeside St, Madison, WI 53715 Phone: 608-204-3000 Fax: 608-204-0557 Firma autorizada: Número de Celular 4. Nativo de Hawái u Otras islas del Pacífico página 64. Género \*Vea Fecha de Nacimien-to mm/dd/aa Fecha de expiración: 5. Hispano 6. Blanco 7. Multirracial Grado 2023-2024 Código de tres digitos Consulte la página de la Polizas. Nombre ¿Es usted residente de MMSD? (Marque uno) Ciudad Teléfono del contacto de emergencia Raza (ver abajo) \_\_\_ No, No residentes de MMSD pagan 50% más Alternativa, si la hay Alternativa, si la hay si la hay if any ß 1era 1era 1era Alternate Alternativa, Selección Estado Nombre del Programa Al registrarse o participar, el registrante comprende que no se proporciona un seguro de accidentes individual para los programas de MSCR y acepta cumplir con las reglas del programa. Por la presente, por mí mismo, mis herederos, xFirma: conectado con mi participación en el programa MSCR. Se pueden tomar fotos o videos durante el programa con fines por daños y perjuicios que pueda tener o que en el futuro puedan acumularme como resultado de o, de alguna manera albaceas y administradores, renuncio, libero y descargo para siempre todos y cada uno de los derechos y reclamaciones educativos y de marketing. He leído y acepto seguir las políticas de registro y reembolso Exención de responsabilidad: se requiere firma para participar Participantes de deportes juveniles: Acuso recibo de Información sobre conmoción cerebral y paro cardíaco repentino (página 64). Código Postal Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) Locación ¿El participante requiere algún acomodo o asistencia especial debida a una discapacidad? Si su respuesta es sí, por favor explique. ¿Tiene alguna condición médica o inquietud que nuestro personal deba conocer? (Asma, alergias, etc.) Fecha de inicio Hora de inicio #Curso Total Donación Tarifa Total \$ Tarifa tencia financiera \*Solicitud asisde

Debe completar la forma atraz

Se requieren IDs para las clases en el centro Warner Park. Vaya a www.mscr.org para más información.