

MSCR Formulario de Registración

Madison School & Community Recreation Oficina: MSCR Central, 328 E Lakeside St, Madison, WI 53715 Teléfono: 608-204-3000 Fax: 608-204-0557 Correo Electrónico: mscr@madison.k12.wi.us

(Jefe de familia) Apellido		Primer Nombre		Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	¿El participante requiere algún acomodo o asistencia especial debida a una discapacidad? Si su respuesta es sí, por favor explique.
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	
Correo electrónico (requerido para la confirmación del registro O enviar un sobre con su dirección y sello) * Acepto recibir correos promocionales de MSCR					
Número Principal	Número de Celular	¿Es usted residente de MMSD? (Marque uno) ___ Sí ___ No, No residentes de MMSD pagan 50% más. Consulte la página de la Polizas.			¿Tiene alguna condición médica o inquietud que nuestro personal deba conocer? (Asma, alergias, etc.)
Contacto de emergencia		Teléfono del contacto de emergencia			

Nombre Completo del Participante	Género *Vea página 64	Fecha de Nacimiento mm/dd/aa	Grado 2025-2026	Raza (ver abajo)	Selección	Nombre del Programa	Locación	Fecha de inicio	Hora de inicio	# Curso	Tarifa	*Solicitud de asistencia financiera
					1era							
					Alternativa, si la hay							
					1era							
					Alternativa, si la hay							
					1era							
					Alternativa, si la hay							
					1era							
					Alternativa, si la hay							

Debe completar la forma atrás

Raza: Indique arriba usando el número correspondiente: (Opcional)

1. Nativo American o de Alaska
2. Asiático
3. Negro o Afroamericano

4. Nativo de Hawái u Otras islas del Pacifico

5. Hispano
6. Blanco
7. Multirracial

☐

Participantes en deportes juveniles:
Confirmo haber recibido información sobre conmoción cerebral y paro cardíaco repentino (página 64).

Tarifa Total \$_____

Donación \$_____

Total \$_____

Pago: (marque el correspondiente) ___ Efectivo ___ Cheque # ___ (a MSCR)) ___ Tarjeta de crédito: MasterCard o Visa

☐ Estoy pidiendo un Plan de Pago (solo para campamentos)

Tarjeta de Crédito:

Nombre en la Tarjeta: _____ Código de tres dígitos:

Monto del Pago \$_____ Firma autorizada: _____ Fecha de expiración: _____

Exención de responsabilidad: se requiere firma para participar

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, albaceas y administradores, renuncio, libero y descargo para siempre todos y cada uno de los derechos y reclamaciones por daños y perjuicios que pueda tener o que en el futuro puedan acumularme como resultado de o, de alguna manera, conectado con mi participación en el programa MSCR. Se pueden tomar fotos o videos durante el programa con fines educativos y de marketing. He leído y acepto seguir las políticas de registro y reembolso.

x Firma: _____