

Madison School & Community Recreation Office: 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 debido a una discapacidad? Si su respuesta es sí, por favor explique.
Dirección		Ciudad	Estado	
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 MMMSD? (Marque uno) ___ Sí ___ No. No residentes de MMMSD pagan 50% más. Consulte la página de la Pelizos.		¿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 mscr.org}	Fecha de Nacimiento mm/dd/aa	Grado 2026-2027	Raza (ver dbqjo)	Selección	Nombre del Programa	Locación	Fecha de inicio	Hora de inicio	# Curso	Tarifa	*Solicitud de asistencia financiera
					terc							
					Alternativa, silahoy							
					terc							
					Alternativa, silahoy							
					terc							
					Alternativa, silahoy							
					terc							
					Alternativa, silahoy							
					terc							
					Alternativa, silahoy							

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 Pacífico
5. Hispano
6. Blanco
7. Multirracial

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

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

☐ Estoy pidiendo un Plan de Pago (Solo para Compucenter)

Tarjeta de Crédito:

Nombre en la Tarjeta: _____ Código de tres dígitos:

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

Participantes en deportes juveniles: ☐ Tarifa Total \$

Confirmando haber recibido información sobre conmoción cerebral y paro cardíaco repentino en mis/cuando: ☐ Donación \$

Al registrarse o participar, el registrante comprende que no se proporcionará un seguro de accidentes individual para los programas de MSCSR y acepta cumplir con los reglas del programa. Por la presente, por mi mismo, mis herederos, albaceas y administradores, renuncio, libero y desargo 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 a, de alguna manera, conectado con mi participación en el programa MSCSR. Se puedan tomar fotos o videos durante el programa con fines educativos y de marketing. He leído y acepto seguir las políticas de registro y reembolso.

XFirma: _____