

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

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.

Ciudad

Estado

Código Postal

Correo electrónico (requerido para la confirmación del registro. Enviar un sobre con su dirección y sello) * Acepto recibir correos promocionales de MSCR

Número Principal	Número de Celular	¿Es usted residente de MM/SD? (Marque uno)
1	2	3

¿Tiene alguna condición médica o inquietud que nuestro personal deba conocer?
(Asma, alergias, etc.)

Sí ____ No, No residentes de MMSD pagan 50% más. ____

Consulte la página de la Pólizas.

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 abdojo)	Selección	Nombre del Programa	Locación	Fecha de inicio	Hora de inicio	# Curso	Tarifa	*Solicitud de asistencia financiera
					terro							
					Alternativa, silichoy							
					terro							
					Alternativa, silichoy							
					terro							
					Alternativa, silichoy							
					terro							
					Alternativa, silichoy							
					terro							

Debe completar la forma atras

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

7. Multiracial

7. Multiracial

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: _____

Participantes en deportes juveniles:

cerebral y paro cardíaco repentino en msc.org.

Tarifa Total \$ _____

Donación \$_____

Total \$ _____

Exención de responsabilidad: se requiere firma para participar

Al registrarse o participar, el registrante comprende que no se proporcionan un seguro de accidentes/individuo para los programas de MSCR y acepta cumplir con las reglas del programa. Por la presente, por mi 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 omitir todos o videos durante el programa con fines educativos y de marketing. He leído y acepto seguir las políticas de privacidad yrenovohisla.

XFirma:

Downloaded from <http://ajph.org/> on November 10, 2014

Solicitud de Asistencia de Pago

Si su familia está solicitando asistencia con las tarifas, debe completar este formulario en su totalidad y responder cada elemento según corresponda. La asistencia de pago está disponible solo para los residentes del Distrito Escolar Metropolitano de Madison (MMSD). Los no residentes no califican para recibir asistencia con las tarifas. Se proporciona asistencia de pago a las familias cuyos ingresos son inferiores al 185% del nivel federal de pobreza. Las tarifas del programa para jóvenes de MSCR pueden eximirse parcial o totalmente para los jóvenes que cumplan con los criterios para recibir comidas escolares gratuitas o de precio reducido. Esta Solicitud de asistencia con las tarifas y el pago deben acompañar al Formulario de registro de MSCR. La asistencia con las tarifas no se otorga después de que se procesa el formulario de registro de MSCR.

TAMANO DE LA FAMILIA		Nombre de jefe de familia: _____ Apellido _____ Primer Nombre _____	
ADULTO		¿Cuál es el tamaño de su familia? Marque un número: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
		Indique su ingreso anual bruto: \$ _____ (por año)	
		O sus ingresos quincenales: \$ _____ (cada dos semanas)	
		* Ingresos brutos significa ingresos antes de deducciones de impuestos, impuestos de seguridad social, seguros, contribuciones caritativas y bonos.	
		Complete esta sección si el participante es un adulto. Si el participante es un niño, pase a la siguiente sección y complete la sección titulada "Niño". La asistencia de pago para adultos se limita a un programa por adulto por temporada. Hay tres temporadas de programas por año: invierno / primavera, verano y otoño.	
		1. Los participantes adultos deben pagar el 50% de la tarifa del programa.*	
		2. Adjunto el siguiente pago de \$ _____.	
		3. * Si no puede pagar el 50%, por favor explique: _____	
		La asistencia de pago se limita a dos programas por temporada de programa para jóvenes de 17 años o menos *. Hay tres temporadas de programa por año: invierno / primavera, verano y otoño. Se solicita a las familias que paguen lo que puedan para la tarifa del programa.	
		1. Mi hijo califica para comidas gratis o Sí o No Mi hijo califica para comidas a precio reducido o Sí o No	
		2. Mi familia solicita asistencia con las tarifas y podemos adjuntar el siguiente pago de \$ _____.	
		3. *Mi familia solicita asistencia con las tarifas más allá del límite de dos programas por temporada. Por favor explique: _____	
		4. Mi(s) hijo(s) son menores de la edad escolar. o Sí o No	

¿Qué pasa después?

Si califica para la asistencia de tarifa completa, se le enviará por correo electrónico una confirmación de su solicitud de registro. Si no califica para la asistencia de tarifa completa, según el tamaño de la familia y los ingresos indicados, comidas escolares gratuitas o de precio reducido, reservamos temporalmente un espacio en el curso solicitado y nos comunicamos con usted. Se le solicita remitir el pago dentro de cinco días para confirmar su espacio en el curso.