

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
5. Hispano
6. Blanco
7. Multirracia

5. Hispano
6. Blanco
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: _____

Fecha de expiración:

Participantes en deportes juveniles:

☐ Confirmando haber recibido información sobre conmoción cerebral y paro cardíaco repentino en mscr.org.

Tarifa Total \$ _____

Donación \$ _____

Total \$ _____

Exención de responsabilidad: se requiere firma para participar

Al registrarse o por pagar, el registrante comprende que no se proporciona un seguro de accidentes individual para los programas de MSCOR, acepta cumplir con las reglas del programa. Por lo 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 MSCOR. 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:
