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 Pólizas.			¿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 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 Pacífico
5. Hispano
6. Blanco
7. Multirracial

☐ Participantes en deportes juveniles: Confirmo haber recibido información sobre conmoción cerebral y paro cardíaco repentino en mscr.org.

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: _____

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.

NOMBRE

Nombre de jefe de familia: _____

Apellido Primer Nombre

TAMAÑO DE LA FAMILIA

¿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.**

ADULTO

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:_____

_____

NIÑO

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.