

MSCR Formulario de Registración

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

(Jefe de familia) Apellido		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 Primario		Número de Celular		¿Es usted residente de MMMSD? (Marque uno) ____ Si ____ No. No residentes de MMMSD pagan 50% más. Consulte la página de la Pólizas.			
Contacto de emergencia		Teléfono del contacto de emergencia		¿Tiene alguna condición médica o inquietud que nuestro personal deba conocer? (Asma, alergias, etc.)			

Nombre Completo del Participante	Género *Vea página 56.	Fecha de Nacimiento mm/dd/aa	Grado 2024-2025	Raza (ver abajo)	Selección	Nombre del Programa	Locación	Fecha de inicio	Hora de inicio	# Curso	Tarifa	*Solicitud de asistencia financiera
					Tera							
					Alternativa, sí/la hoy							
					Tera							
					Alternativa, sí/la hoy							
					Tera							
					Alternativa, sí/la hoy							
					1st							
					Alternativa, sí/la hoy							

Debe completar la forma atrás

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

- 1. Nativo Americano o de Alaska
- 2. Asiático
- 3. Negro o Afroamericano
- 4. Nativo de Hawái u Otros islas del Pacífico
- 5. Hispano
- 6. Blanco
- 7. Multirracial

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 de deportes juveniles:
 Acuso recibo de información sobre comoción cerebral y paro cardíaco repentino. (página 64).

Tarifa Total \$ _____
 Donación \$ _____
 Total \$ _____

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 lo presente, por mí mismo, mis herederos, abuelos 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.

xFirma: _____

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 del hogar: _____ Apellido _____ 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 "Jóvenes". 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 Si o No Mi hijo califica para comidas reducidas o Si 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.