

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, 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.

xFirma: _____