

**Los Angeles Music and Art School
Inscripción para Camp MusArt 2020**

Información Sobre el Estudiante			
Apellido	Primer Nombre	I.S.	Fecha de Nacimiento m m / d d / a a a a
Dirección	Apt/ Suite	Cuidad	Estado Código Postal
Escuela a la que concurre	Tamaño de camiseta	Teléfono de Casa - -	
Esta el estudiante inscrito en L.A musart? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Etnicidad (opcional)	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Anote todas las alergias o condiciones medicas del estudiante:			
Anote medicamentos que se le deben de administrar al estudiante durante el dia y su dosis:			

Información Sobre Otro Estudiante			
Apellido	Primer Nombre	I.S.	Fecha de Nacimiento m m / d d / a a a a
Dirección	Apt/ Suite	Cuidad	Estado Código Postal
Escuela a la que concurre	Fecha de regreso a la escuela	Teléfono de Casa - -	
Esta el estudiante inscrito en LAMusArt? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Etnicidad (opcional)	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Anote todas las alergias o condiciones medicas del estudiante:			
Anote medicamentos que se le deben de administrar al estudiante durante el dia y su dosis:			

Por favor incluya la información de otros estudiantes atrás.

Información Sobre los Padres/ Tutor Legal			
Apellido del Padre	Primer Nombre	I.S.	Número durante el Día
Lugar de Empleo	Oficio	Número durante la Tarde	
Dirección (si es diferente a la de arriba)	Apt/ Suite	Cuidad	Estado Código Postal
Apellido de la Madre	Primer Nombre	I.S.	Número durante el Día
Lugar de Empleo	Oficio	Número durante la Tarde	
Dirección (si es diferente a la de arriba)	Apt/ Suite	Cuidad	Estado Código Postal
Correo Electrónico del Padre	Correo Electrónico de la Madre		
Si estan divorciados/ separados, quien tiene la custodia primaria?			

Información de Emergencia		
Contacto En Caso de Emergencia	Número de Teléfono	Número Alternativo
Contacto En Caso de Emergencia	Número de Teléfono	Número Alternativo

Otros Adultos Autorizados Para Recoger al Estudiante		
Nombre	Parentesco	Número de Teléfono
Nombre	Parentesco	Número de Teléfono

Información Sobre Otro Estudiante				
Apellido	Primer Nombre		I.S.	Fecha de Nacimiento m m / d d / a a a a
Dirección	Apt/ Suite	Cuidad	Estado	Código Postal
Escuela a la que concurre	Correo Electrónico		Teléfono de Casa	
Esta el estudiante inscrito en LAMusArt? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Etnicidad (opcional)		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Anote todas las alergias o condiciones medicas del estudiante:				
Anote medicamentos que se le deben de administrar al estudiante durante el dia y su dosis:				

Como se entero sobre Camp MusArt? (Por favor marque todas las que apliquen.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Soy estudiante de L.A MusArt | <input type="checkbox"/> Un evento escolar o de una organización social |
| <input type="checkbox"/> Anuncio en el Periodico | Por favor especifique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Un amigo me refirio | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Reconocimiento	
<p>He recibido una copia de la Hoja de datos de Camp MusArt 2020 y acepto cumplir con todas las políticas de registro, pago y medidas disciplinarias como se indica en el mismo. Reconozco que LAMusArt no es responsable de ninguna actividad o incidente que ocurra fuera del programa oficial de Camp MusArt y de la atención posterior. Renuncio a todas las reclamaciones contra LAMusArt y sus empleados por lesiones, accidentes, enfermedades, muertes o cualquier otra circunstancia que ocurra como resultado de la participación de mi (s) hijo (s) en Camp MusArt. Entiendo que la escuela puede tomar fotografías y videos de mis hijos y utilizarlos en materiales promocionales. En caso de emergencia, autorizo a cualquier médico, enfermera u hospital con licencia para que preste atención médica según lo considere necesario la Escuela para garantizar la atención y seguridad inmediatas de mi (s) hijo (s).</p>	
Firma: _____	Fecha: _____

PARA USO DE LA OFICINA: Información de Pago	
Check one of the following:	
_____ Number of Students	
Payment Options (check those that apply and calculate):	
<input type="checkbox"/> Materials Fee at \$100 per student	\$ _____
<input type="checkbox"/> After Camp Care at \$100 per student (if selected)	\$ _____
<input type="checkbox"/> Tuition at \$850 per student	\$ _____
<input type="checkbox"/> Installment Payment Plan Fee at \$50 per student (if selected)	\$ _____
<i>Subtotal</i>	\$ _____
<input type="checkbox"/> Less Financial Aid Award (Approved: _____)	\$ _____
Total Cost	\$ _____
<input type="checkbox"/> Full Payment at Time of Registration	\$ _____
OR	
<input type="checkbox"/> Plan 1 Plan 2 Plan 3	\$ _____
Balance Due by End of First Week of Camp Session	\$ _____
Calculated By: _____	Date: _____