

the marsh youth theater

MARSH TEATRO JUVENIL – FORMULARIO de EMERGENCIAS

Por favor escriba su e-mail y numero de telefono claramente y complete **TODO EL FORMULARIO**
(3 hojas)

Nombre del Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Escuela _____ Grado al que atiende _____

Contacto: Pariente/Guardian Nombre _____

Dirección de la Casa _____ Ciudad, Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de la Casa _____ TRABAJO/CELULAR _____ e-mail _____

Otro Pariente/Guardian Nombre _____

Dirección de la Casa _____ Ciudad, Estado _____ Código Postal _____

(si es diferente que la direccion anterior)

Teléfono de la Casa _____ TRABAJO/CELULAR _____ e-mail _____

Nombre del Medico Local _____ Teléfono de Oficina _____

Direccion de la Oficina _____

Nombre del Dentista _____ Teléfono _____

Nombre de Obra Social y Numero _____

Es su hijo/a alergico o toma algun medicamento?

Es necesario limitar alguna actividad fisica para su hijo/a?

Hay algo mas que a usted le gustaria informarnos sobre su hijo/a?

Lista de contactos que asumen responsabilidad por su hijo si usted no puede ser ubicado:

Nombre _____ Relacion _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relacion _____ Teléfono _____

Contacto Familiar fuera del estado de CA _____ Teléfono _____

(En caso de un terremoto es mas facil comunicarse con telefonos fuera del estado de CA)

En caso de una mayor emergencia y si no nos hemos podido comunicar con los parientes o ayuda medica, hay alguna condicion medica que el teatro debe de saber o alguna medicina que debemos tener disponible?

POR FAVOR DE VUELTA LA HOJA Y CONTINUE>>>>

Al firmar este formulario usted reconoce la participacion de su hijo en el Marsh Teatro Juvenil. Asi tambien usted reconoce que no va a demandar ni espera que el Marsh sea legalmente responsable o pague por daños fisicos o daños a objetos personales en caso de un evento desafortunado.

Yo doy permiso al Marsh Teatro Juvenil a incluir el nombre de mi hijo/a o su fotografia en el uso de publicaciones, panfletos, el sitio del Marsh en la internet, y comunicados de prensa.

Yo/Nosotros, los que firmamos como padres o apoderados del participante arriba mencionado damos permiso para que participe en todas las actividades del Marsh Teatro para Jovenes. Yo/Nosotros le quitamos a los agentes, oficiales personal del Marsh Teatro para Jovenes, de cualquier y toda responsabilidad legal que surja de la participacion de mi hijo/a. En caso de un accidente o enfermedad Yo/Nosotros le pido al MYT que se comunique conmigo. Si el Teatro no puede ubicarme, autorizo al MYT a llamar al Doctor indicado anteriormente y seguir sus instrucciones. Si por alguna razon el MYT no se puede comunicar con el medico, el MYT puede tomar las decisiones necesarias entendiendo que cualquier sea la responsabilidad financiera como resultado de una emergencia esta sera de los parientes del participante.

Firma del Padre o Guardian

Fecha

Firma del Padre o Guardian

Fecha

Solo para uso en el futuro:

MYT va a guardar este Formulario de Emergencia. Para su conveniencia usted puede actualizar su firma si tomara mas clases en el futuro. Por Favor revise que toda la informacion este correcta antes de volver darnos su firma y nombre.

Firma actualizada del Pariente o Guardian

Fecha

Firma actualizada del Pariente o Guardian

Fecha

IMPORTANTE: POR FAVOR CONTINUE EN LA PROXIMA PAGINA Y LLENE LA INFORMACION DEMOGRAFICA PARA EL DCYF Departamento de Niños, Jovenes, y sus Familias>>>>>

NOTA: Si usted ya ha llenado esta informacion anteriormente no necesita hacerlo nuevamente.

MYT provides scholarships for our programs through grants from foundations, individuals, and public funds. Our grantors, in particular San Francisco’s Department of Children, Youth and their Families (DCYF) require demographic information about the youth being served. **Help us comply by filling out the following questions, *whether or not you are receiving tuition assistance*. THIS INFORMATION IS CONFIDENTIAL AND WILL NOT BE USED FOR PURPOSES OTHER THAN REPORTING TO DCYF. YOUTH ARE NOT IDENTIFIED BY NAME.**

Student’s Name _____

Birthdate: ____/____/____

Genero

<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Transgenico	<input type="checkbox"/> Otro
------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------

Raza/Etnicidad (Seleccione solo una opcion):

Africano Americano <input type="checkbox"/>	Hispanico/Latino-Mexicano/Mexicano Americano <input type="checkbox"/>	Pacifico Isleño-Guamañano <input type="checkbox"/>
Otro negro (specify) <input type="checkbox"/>	Hispanico/Latino-Centro Americano <input type="checkbox"/>	Pacifico Isleño-Hawaiano <input type="checkbox"/>
Asiatico-Chino <input type="checkbox"/>	Hispanico/Latino-Sud Americano <input type="checkbox"/>	Pacifico Isleño-Tongan <input type="checkbox"/>
Asiatico-Filipino <input type="checkbox"/>	Hispanico/Latino-Caribeño <input type="checkbox"/>	Pacifico Isleño <input type="checkbox"/>
Asiatico-Indio <input type="checkbox"/>	Hispanico/Latino-Otro (especificar) <input type="checkbox"/>	Pacific Islander-Other (especificar) <input type="checkbox"/>
Asiatico-Japones <input type="checkbox"/>	Medio Oriente-Arabe <input type="checkbox"/>	Blanco/Europeo Americano <input type="checkbox"/>
Asiatico-Koreano <input type="checkbox"/>	Medio Oriente-Irani <input type="checkbox"/>	Otro Blanco (especificar) <input type="checkbox"/>
Asiatico-Laoisiano <input type="checkbox"/>	Medio Oriente -Otro (especificar) <input type="checkbox"/>	Multiracial/multi etnico <input type="checkbox"/>
Asiatico-Tailandes <input type="checkbox"/>	Nativo Americano <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Asiatico-Vietnamita <input type="checkbox"/>	Nativo Alaska <input type="checkbox"/>	Rehusa a testificar <input type="checkbox"/>
Asiatico-Otro (especifique) <input type="checkbox"/>	Si multiracial, o no esta representado aqui, por favor especifique:	

Lenguaje en el Hogar

Inglés <input type="checkbox"/>	Cantones <input type="checkbox"/>
Español <input type="checkbox"/>	Vietnames <input type="checkbox"/>
Mandarino <input type="checkbox"/>	Tagalog <input type="checkbox"/>
Ruso <input type="checkbox"/>	Arabe <input type="checkbox"/>
Khmer/Cambodiano <input type="checkbox"/>	Toishanese <input type="checkbox"/>
Lenguaje Americano de señas <input type="checkbox"/>	Laotiano <input type="checkbox"/>
Otro <input type="checkbox"/>	Somoan <input type="checkbox"/>
Especifique Otros <input type="checkbox"/>	Indeterminado <input type="checkbox"/>

Fluencia en Ingles

Fluido <input type="checkbox"/>
Algo fluido <input type="checkbox"/>
No fluido <input type="checkbox"/>
Necesidades Especiales
Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>
Especificar: