



abadá-capoeira san francisco

CAPOEIRA ARTS CENTER

Fecha de solicitud: ___ / ___ / ___

Miembro anterior (marque uno): Sí – No

Formulario de Autorización para Jóvenes Participantes & Solicitud de Proyecto RAY



Hay que completar este formulario para ser elegible como miembro. Favor de **escribir claramente** y proporcione un correo electrónico válido.

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE 2016/2017

Nombre: _____ Apellido: _____ Sexo (marque uno): M – F

Dirección: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Ciudad: _____ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ Edad: _____

Estado: _____ Zip: _____ Tel: (____) _____ - _____

Escuela: _____ Grado: _____ Idioma hablado en casa: _____

Raza (marque todos que apliquen):

Afro-Americano Asiático Blanco/Caucásico Indígena

Otro (especifique): _____ Negar

Grupo étnico

Brasileño Latino(a)/Hispano(a) Otro (especifique): _____ Negar

Mexican América Central América Del Sur



Por favor llene la información abajo para la(s) persona(s) con quien el miembro vive:

1. Nombre: _____ Relación: _____ Profesión: _____

Tel. principal: (____) _____ - _____ Tel. alt.: (____) _____ - _____ Email: _____

2. Nombre: _____ Relación: _____ Profesión: _____

Tel. principal: (____) _____ - _____ Tel. alt.: (____) _____ - _____ Email: _____

¿Si Ud. no está disponible en caso de **emergencia**, a quien podemos contactar?

Nombre: _____ Relación: _____ Tel.: (____) _____ - _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del médico: _____ Tel.: (____) _____ - _____

Compañía de seguridad: _____ No. de seguridad: _____

Alergias: Nada Abejas Avispas Cacahuete Otro (especifique): _____

En caso de una reacción mi hijo lleva: Inyección de epinefrina Inhalador

Pastillas antihistamínicas Otro (especifique): _____

Otra(s) condicion(es) médica(s): _____ Medicamento(s): _____

OTRO

¿El niño/joven tiene alguna experiencia previa con capoeira? Yes No

Si tuvo, ¿dónde? _____ ¿con quién? _____ ¿por cuánto tiempo? _____

¿Cómo se enteró de ABADÁ-Capoeira San Francisco? (marque todos que apliquen)

Amigo (especifique): _____ Evento (especifique): _____ Otro (especifique): _____

SOLICITUD PARA EL PROYECTO DE R.A.Y. (para acceso de bajo costo o sin costo)

Todos los solicitantes deben llenar la siguiente información, sin importar si están aplicando para RAY en este momento.

Instrucciones: Busca la columna que corresponde al número de personas que viven en su hogar (incluyendo a padres, el niño/a, & hermanos), y marque sus ingresos anuales del hogar en esa columna.

Ingresos Anuales del Hogar	Número de Personas en el Hogar					
	1 Persona	2 Personas	3	4	5	6 o más
	\$18,000 o menos	\$21,000 o menos	\$24,000 o menos	\$27,000 o menos	\$30,000 o menos	\$33,000 o menos
	18,001- 21,000	21,001-25,000	24,001-29,000	27,001-33,000	30,001-37,000	33,001-41,000
	21,001-33,000	25,001-39,000	29,001-45,000	33,001-51,000	37,001-54,950	40,001-59,050
33,000 o más	39,000 o más	45,000 o más	51,000 o más	54,950 o más	59,050 o más	

*ACSF retiene el derecho de pedir verificación de ingreso si sea necesario.

CONTRATO

- ✓ Yo doy permiso para que mi hijo(a) participe en fotografías, videos, o entrevistas para el uso de ABADÁ-Capoeira San Francisco (ACSF) en materiales de promoción. **Leer & Aceptar (iniciales):** _____
- ✓ Yo doy permiso para que mi hijo(a) participe en actividades planeadas y presentaciones que ocurren fuera de la academia en lugares cercanos (por ejemplo, parques, escuelas y centros culturales). Yo entiendo que se va a proveer transportación y que mi hijo(a) va a ser acompañado(a) por el personal de ACSF. Yo entiendo que el personal de ACSF va a supervisar todas las actividades. Para cualquier evento especial o excursión, yo recibiré un formulario de permiso por separado. **Iniciales:** _____
- ✓ Yo doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba tratamiento de un doctor o cirujano en caso de enfermedad o lesión repentina mientras este participando en un programa de ACSF. Yo entiendo que yo sería responsable por el costo de este tratamiento. Para proteger la seguridad del personal, de nuestros miembros, y para reducir responsabilidad legal, el personal de ACSF no dispensa ni guarda medicamentos de ningún tipo para nuestros participantes. **Iniciales:** _____
- ✓ ACSF solo va a supervisar jóvenes en nuestra academia durante las horas de clase. Si su hijo/hija no camina solo para su casa, debe hacer arreglos para que lo recojan el final de la clase. **Iniciales:** _____
- ✓ Yo descargo y renuncio (por mi parte, mis ejecutores y administradores) a cualquier y todos los derechos de reclamar por daños que surjan de cualquier enfermedad, accidente, u ocurrencia causados por o como resultado de la participación de mi hijo(a) o por conexión con ACSF, sus instructores, agentes, representantes, o instalaciones. ACSF, sus agentes, instructores, representantes, e instalaciones no serán sujetos por mí a ser responsables por la pérdida o robo de las pertenencias de mi hijo(a). Se me ha advertido que mi hijo/hija debe estar en buena salud para participar en este programa y yo declaro que mi hijo(a) está en buena salud. Yo declaro que he leído y entendido el párrafo anterior, he consultado con un doctor si ha sido necesario. **Iniciales:** _____
- ✓ Los estudiantes no son supervisados cuando no están en clase. Ellos son responsables de su propia seguridad y de sus pertenencias. Los estudiantes deben respetar el espacio, el personal y los estudiantes de ACSF, y guardar silencio y respetar cualquier clase que está pasando. NO SE PERMITE DROGAS, NI ALCOHOL, NI ARMAS en el estudio en cualquier momento. Cualquier miembro que lleva armas, drogas, o alcohol en el estudio o entra al estudio bajo la influencia de drogas o alcohol será retirado del programa. ACSF es un espacio seguro. **Iniciales:** _____
- ✓ _____ (nombre del niño/a) tiene mi permiso de participar en cualquier actividad en ACSF. Mi hijo/hija ha sido informado(a) sobre los reglamentos del ACSF, y nosotros estamos de acuerdo en acatar con estas normas. **Iniciales:** _____

La calidad de miembro es dependiente en que el miembro siga las esperanzas del ACSF y que demuestre comportamiento positivo. El personal del ACSF reserva el derecho de suspender o terminar la calidad de miembro en cualquier momento si el miembro no sigue estas líneas directivas.

Firma de padre/madre/guardián: _____

Yo prometo cuidar mi propiedad, respetar el edificio, otros miembros, y el personal en todo momento.

Firma del participante: _____