



**Club de Arte después de la escuela**  
**12 FEB – 2 MAYO | Martes y Jueves 3-5PM**  
**Jóvenes de 8 a 12 años. Grados de 2 and 5**

Escriba claramente por ambos lados. Creative Alliance en el Patterson 3134 Eastern Ave. Baltimore, MD 21224

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **GRADO:** \_\_\_\_ **Género:** \_\_ M \_\_ F

**DIRECCIÓN DE CASA:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **C.P.:** \_\_\_\_\_

**ESCUELA:** \_\_\_\_\_ **ESTUDIANTE BCPS ID #:** \_\_\_\_\_

**ETNIA:** (seleccione uno) \_\_\_\_ Hispano o Latino \_\_\_\_ No Hispano o Latino

**RAZA:** (seleccione todos que le apliquen)

- Afro Americano
- Blanco
- Nativo Americano o indigeno de Alaska
- Asiático
- De las Islas del Pacífico
- Multi-racial
- Otro: \_\_\_\_\_

**PADRE/ GUARDIÁN (nombre & apellido):** \_\_\_\_\_

**Relación con el estudiante** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE TELÉFONO:** (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

**(E-mail)** \_\_\_\_\_

**Contacto en caso de EMERGENCIA:**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **TELÉ FONO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **TELÉ FONO:** \_\_\_\_\_

**¿Su hijo/a tiene alguna condición médica, sufre de alergias, tiene una dieta especial, etc. que deberíamos saber?**  
**Por favor detalle aquí:**

**\*\*\*Por favor llenar el otro lado\*\*\***

**Por favor indique como se irá su hijo/a del programa.**

(Por ejemplo "caminará a casa" "alguien pasará por él") \_\_\_\_\_

Por favor indique quien recogerá a su hijo/a del programa.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con su hijo: \_\_\_\_\_

### Fotografía & Comunicación

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Por la presente, doy permiso a Creative Alliance (La Alianza Creativa) para usar la fotografía de mi hijo o la imagen grabada en video para obtener materiales educativos o publicitarios apropiados relacionados con la misión de la Alianza Creativa. Entiendo que no recibiré compensación ni regalías ahora o en el futuro por el uso del material tomado a mi hijo.

FIRMA DEL PADRE/ GUARDIÁN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN FAMILIAR:** (Por favor circule la respuesta más apropiada)

1. ¿Es su familia elegible para almuerzo gratis o a precio reducido? Sí No

2. ¿Cuál es el estado civil como jefe de familia?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Madre soltera                         | <input type="radio"/> Guardián Legal – No familiar           |
| <input type="radio"/> Padre soltero                         | <input type="radio"/> Cuidador de Crianza                    |
| <input type="radio"/> Ambos Padres                          | <input type="radio"/> Otro parentesco                        |
| <input type="radio"/> Guardián o Familiar responsable legal | <input type="radio"/> Otra relación que no sea de parentesco |

3. ¿Su familia no tiene hogar? (circule una respuesta) Sí o No

4. ¿Es su familia un beneficiario de TANF (Asistencia Temporal a Familias Necesitadas)? Sí No

El participante acuerda renunciar a cualquier reclamación contra Creative Alliance (la Alianza Creativa) por lesiones que ocurrieran durante el programa de Mentas Abiertas.

Firma Del Padre/ Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*El club de Arte Mentas Abiertas es un proyecto de educación artística de Creative Alliance. ¡La financiación de este proyecto ha sido proporcionada por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario, y nuestros amigos, donantes y miembros de Creative Alliance (la Alianza Creativa)!*

Por favor de entregar todas las hojas de permiso y pago de registraci3n en la recepci3n de Creative Alliance de el Patterson: 3134 Eastern Ave. Baltimore, MD 21224|para m1s informaci3n contactarse con [yesenia@creativealliance.org](mailto:yesenia@creativealliance.org) 410.276.1651 ext 218

