

# CAMPAMENTO



**D**ONDE LOS NIÑOS **U**NEN

EL PODER DEL **A**RTE Y **M**OVIMIENTO!

***ESTE VERANO, DESCUBRE EL SUPERHÉROE EN TI  
POR MEDIO DEL ARTE Y EL MOVIMIENTO!***

**Que:** Un Campamento de Día para los niños del grado primero al sexto. Mattie Rhodes Center conducirá ***INCREÍBLES ACTIVIDADES DE ARTE***, mientras Take the Stage los motivan a que se ***MUEVAN EN LA CLASE DE BAILE***. ¡El viernes por la tarde, celebramos nuestros nuevos Super-poderes con una presentación para las Familias y la Comunidad!

**Cuando:** Lunes 3 de agosto al viernes 7 de agosto del 2015, de 9:00am a 3:30p.m.

**Gratis:** Cuidado de niños antes y después están disponibles. (8-9 a.m. y 3:30-5:30 p.m.) Lonche y un bocadillo ligero se les dará cada día.

**Donde:** Woodland Early Learning Center, 711 Woodland, KCMO 64106

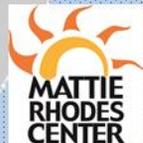
**¡Espacio es limitado, así que regístrate hoy!** \$20 por toda la semana

**Para más información llame:** 816-241-3780

**Recoga sus formas de registro en:**

Mattie Rhodes Center - 148 N. Topping Ave. o Woodland Early Learning Center - 711 Woodland

**También puede registrarse online:** [www.mattierhodes.org](http://www.mattierhodes.org)





**MATTIE RHODES CENTER**  
**Formulario de Registro**



**INFORMACIÓN DEL NIÑO/A:**

Fecha de hoy: mm/dd/año		Fecha de nacimiento: mm/dd/año		Edad:	Programa al que se está registrando: <b>WHAM Summer Camp</b>	
Nombre:		Segundo nombre:		Apellido:		Condado:
Domicilio:			Ciudad:		Estado:	Código postal:
No. de teléfono 1:		No. de teléfono 2:		Correo electrónico:		
Raza: Anglosajón/blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano/negro <input type="checkbox"/> Nativo americano/indígena <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Etnia: ¿Es usted Latino/a o Hispano/a? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Si no, cuál es etnia? _____ ¿Cuál es su país de origen? _____						Idioma preferido: Español <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro _____
Género: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro _____		Discapacidad: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Necesita arreglos especiales: _____ ¿Cuáles son los otros programas en que participa usted en el Centro de Mattie Rhodes?				

**INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA:**

Escuela:			Grado:	Padre/Guardián Idioma preferido:	
Nombre de Padre/Guardián:			Relación al participante:		Español <input type="checkbox"/>
No. de teléfono 1:		No. de teléfono 2:	Correo electrónico:		
				Inglés <input type="checkbox"/>	
				Otro _____	
Contacto de emergencia:		Relación al contacto de emergencia:		No. de teléfono en caso de emergencia:	

**DEMOGRÁFICA DE LA FAMILIA: (¡OBLIGATORIOS PARA NUESTROS FINANCIADORES!)**

Estado civil: Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
Ingreso bruto de casa por mes:	Religión:
Número de personas en el hogar: _____	¿Sus niños califican para: Comidas Gratis <input type="checkbox"/> Comidas Reducidas <input type="checkbox"/>
¿Es la mujer la cabeza de la familia? : Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Hace cuánto ha vivido en Kansas City, MO? _____
¿Cómo se enteró de este programa? Amigo/familiar <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Personal del Centro de Mattie Rhodes <input type="checkbox"/> Personal de Take the Stage <input type="checkbox"/> Otro centro comunitario <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Medio de comunicación <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____	
<p><b>Este programa está patrocinado en parte por COMBAT (Jackson County Community Backed Anti-Drug Tax). Como un medio hacia medir los niveles de violencia en nuestra comunidad, nos piden que colectemos la siguiente información de las familias</b>  <b><u>La información personal de su familia no se reportará con sus respuestas</u></b>  <b>Por favor marque en las casillas abajo, si usted o alguien de su familia ha sido afectada por las siguientes:</b></p>	
Presenciado violencia <input type="checkbox"/> Ha sido víctima de la violencia <input type="checkbox"/> Ha estado en una pelea <input type="checkbox"/> Ha sido condenado por un delito <input type="checkbox"/> Actualmente o a estado alguna vez en una pandilla <input type="checkbox"/> Está siendo "bullied" <input type="checkbox"/> Ha sido "bullied" antes <input type="checkbox"/> Ha sido el "bully" con otras personas <input type="checkbox"/> Ha usado drogas ilegales <input type="checkbox"/> Se siente en peligro en la casa <input type="checkbox"/>	

**CONSENTIMIENTO Y PERMISO PARA LOS PARTICIPANTES DE WHAM SUMMER CAMP**

*[Escriba sus iniciales por favor, a las frases siguientes]:*

\_\_\_\_\_ Yo dispenso al Centro de Mattie Rhodes (MRC) y Take the Stage-Owen/Cox Dance Group (TTS) de la responsabilidad de cualquier daño que pueda ocurrir durante la participación en el programa.

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para cualquier tratamiento médico de emergencia otorgado por un profesional licenciado en medicina o odontología. Este tratamiento se puede ofrecer ante cualquier evento en el que según criterio de los organizadores sea necesario para preservar la vida, integridad física o bienestar de yo mismo, mi niño(a)/ o dependiente.

¿Hay alguna condición médica especial de la que deberíamos saber? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ (Si respondió "sí", favor de explicar)

\_\_\_\_\_ ¿Preferencia de hospital? \_\_\_\_\_

Doctor al cual notificar: Nombre: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Yo doy mi permiso a MRC y TTS para utilizar fotografías en las que yo mismo, mi niño(a)/ o dependiente aparezca para el uso de publicidad de MRC y TTS.

\_\_\_\_\_ Se espera de todos los participantes de cualquier edad muestren un buen comportamiento. El participante que muestre un constante comportamiento inapropiado o difícil de controlar, incluso acoso de cualquier tipo, se le pedirá que se retire o será expulsado del grupo. Asistencia o ayuda de la policía será usada cuando el participante se presenta como un peligro hacia el mismo o a los demás.

Por favor nombrar cualquier problema de conducta o seguridad que tiene su niño/a que debemos saber:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Después de la programa, mi niño(a) va... a ser recogido  a caminar a la casa solo

Nombre de las personas que tienen permiso de recoger a su niño(a) : \_\_\_\_\_

**\*\*Yo recogeré a mi niño(a) o el participante de WHAM Summer Camp puntualmente al terminar el programa.**

*Favor de firmar abajo para confirmar su entendimiento de este documento y que recibió la información sobre los programas de MRC y TTS, la Carta de Consentimiento de Mattie Rhodes (que incluye Apoyo a la Conducta y Administración), Procedimiento de Quejas, el Manual de Padres (si le corresponde) y Aviso de la Práctica de la Privacidad (si le corresponde)*

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Padre/Guardián)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Guardián)

\_\_\_\_\_  
(Fecha mm/dd/año)