



**The City of Miami Gardens Parks and Recreation Department
Activity Release Form**

General Participant Information

Last Name		First Name		
Birth Date	Age	Grade	Sex: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	
Medical Insurance		Policy #		
List any Special Conditions, Handicaps and/or Medications (i.e.: Allergies, Asthma, Diabetes, Epilepsy, Ear Infections, Convulsions, Penicillin, etc.)				
(Staff will not be responsible for administering any medication, nor for ensuring that medication has been taken properly.) In accordance with the Americans with Disability Act of 1990, all persons who are disabled and who need special accommodations to participate in this event because of that disability should contact our offices 305-622-8080, not later than 48 hours prior to the event. TTD number 1-800-955-8771.				
Current Immunizations: <input checked="" type="checkbox"/> Check all that apply.				
<input type="checkbox"/> Chicken Pox	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> DTP
				<input type="checkbox"/> Tetanus

Activity Registration Information

Activity	Park Location	Shirt Size	Fee Paid	Receipt #

Adult Participant/Parent Information

Adult Participant/Mother's Full Name	Father's Full Name
Address	Address
City, State, Zip	City, State, Zip
Home Ph# ()	Home Ph# ()
Work Ph# ()	Work Ph# ()
Other Ph# ()	Other Ph# ()

Emergency Contact/Pick Up Persons [other than parent(s)/guardian(s)]

Please list all emergency contacts. Persons will be required to show picture ID. Your child will not be released to anyone not on this list unless notified by registering parent(s)/guardian(s) in writing.

Full Name	Relationship	Allowed to pick up child?	Phone #1	Phone #2

My child can sign him/herself out at _____ pm.

Consent to Medical and/or Surgical Treatment & Assumption of Risk and Release/ Field Trip Waiver

In the event of injury to or illness of their self/son/daughter/ward, the undersigned hereby authorizes the City of Miami Gardens or representative thereof, to admit the registrant named to a facility for emergency medical treatment as may be deemed necessary to his or her health welfare. The undersigned hereby consents to whatever medical treatment is deemed necessary. The undersigned on his or her behalf of the registrant, their heirs, assigns and personal representatives, hereby releases the City of Miami Gardens, its commissioners, staff and employees from any and all claims arising out of the admission to, or treatment administered by, such facility.

The undersigned hereby acknowledges and agrees that participation in the program and related activities, including but not limited to off site field trips carry with it an inherent risk of physical injury. In consideration of the registrant's participation in the program, the undersigned, on behalf of the registrant, hereby assumes all such risks of physical injury and does hereby release and forever discharge the City of Miami Gardens, its commissioners, staff, employees and agents from any and all liability, claim or loss arising from bodily injuries or damage to personal property resulting from the registrant's involvement and participation in the program and its activities.

Photographic Release

I hereby authorize the City of Miami Gardens, and the members of its staff to take such photographs, television recordings and/or live television transmission of the registrant in whole, or in part, as they or members of the staff may wish, and to use and publish the same in such places and publications as the City of Miami Gardens, or its staff in its sole discretion consider to be of benefit to said City. I hereby waive any right that I may have to inspect and/or approve the finished product that may be used here under or the specific use to which it may be applied.

Pick Up Notice for Participants Under 18 Years of Age

- A late pick up fee of \$2 per minute per child will be applied after the program's designated end time. This must be paid within two (2) business days, or your child will not be able to attend the program.
- Proper ID must be shown every day to pick up your child.

Participant's Name: _____

Participant/Parent/Guardian's Signature: _____ Date: _____



**Clases de Ballet/Tap en
Betty T Ferguson Recreational Park
3000 NW 199 Calle, 33056
Año escolar 2011-2012**

This Program is
Proudly Funded by



Because All Children
Are Our Children

El programa de **Becas de Thomas Armour** tiene el honor de patrocinar las clases de ballet y tap en el Complejo de Betty T Ferguson. Las clases comenzaran el **Martes, 23 de agosto** y terminaran el **Jueves 31 de Mayo**. **Estas clases cuestan \$10 al mes, y son pagadas directamente a la oficina de Betty T Ferguson. La matricula será limitada para 25 estudiantes por clase.** Si Ud. esta interesado/a, por favor llene y entregue este formulario en la oficina.

Oficina (786) 279-1222

Ms. Natasha (305)610-0499

Ms. Kareen (786) 229-9797

Las clases serán divididas por grado de la siguiente manera:

BALLET	TAP (All Tap students must be at least 7 yrs old)
Nivel A1 (5/6 yrs): Martes 4pm-5pm	Nivel C1 (7/8yrs): Friday 5pm-6pm & Sabados 1pm-2pm
Nivel A2 (5/6yrs): Jueves 4pm-5pm	Nivel C2 (9/10yrs): Viernes 6pm-7pm & Sabados 2pm-3pm
Nivel B1 (7/8yrs): Martes & Jueves 5pm-6pm	
Nivel B2 (9/10yrs): Martes & Jueves 6pm-7pm	

Los estudiantes necesitaran el siguiente uniforme de danza:

Niñas: Leotardo negro de mangas cortas, medias rosadas o color natural, zapatillas de ballet rosados. Estudiantes de kindergarten a tercer grado pueden usar calcetines blancos en lugar de medias si prefieren.

Niños: Leotardo blanco de mangas cortas, medias negras, zapatillas de ballet negros y calcetines blancos.

El estudiante que este en clases de tap necesita sus zapatos de tap.

Por favor corte el horario para usted, y regrese el resto de este formulario en la oficina, Ms. Kareen o Ms. Natasha

****Tome nota de que las clases serán llenadas en base al orden en que se reciban las matriculaciones. ****

Yo doy permiso a mi hijo/a _____ para participar en clases de ballet/tap en **Betty T Ferguson**

Recreational Complex (3000 NW 199 St)

_____ Deseo matricular a mi hijo/a en el programa. Por favor entregue su pago mensual en la oficina de **Betty T Ferguson**.

Nombre de la escuela de niño/a _____ **Grado del niño/a** _____ **Nombre del maestro** _____

Información en caso de emergencia:

Nombre del padre, o guardián: _____ Teléfono de casa # _____

Teléfono del trabajo # _____ Celular # _____ E-Mail _____

de MDCPS del niño/a: _____

En caso de que el padre o guardián no puedan ser localizados, contacte a : _____

Relación: _____ Teléfono de casa # _____ Teléfono del trabajo# _____

Celular # _____

Nombre del Medico/Pediatra: _____ Numero de teléfono #: _____

Complete si le es aplicable:

Mi hijo/a tiene el siguiente problema médico: _____

Mi hijo/a toma la siguiente medicación regularmente: _____

Mi hijo/a tiene la siguiente alergia: _____

___ **Prometo que mi hijo/a tendrá excelente asistencia durante las clases de ballet;**

___ **Doy permiso para que cualquier foto tomado de mi hijo/a sea usado para promociones;**

___ **Doy permiso para que miren sus notas. Esta información será usada para comprobar que el baile sirve como ayuda académica.**

Individuales autorizados para recoger al estudiante:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Firma del Padre o Guardián: _____ **Fecha:** _____



Formulario de información del menor

Menor*: Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Madre*: Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Padre*: Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

¿Vive el menor con un guardián legal distinto de la madre o el padre? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, Nombre del guardián _____ Apellido _____ Inicial _____

Dirección* _____ **Ciudad*** _____ **Código postal*** _____

Teléfono del padre, madre o guardián _____ **Teléfono del trabajo** _____

Correo electrónico _____

Sexo del menor*: Masculino Femenino **Fecha de nacimiento*** (mes/día/año)* _____

Raza del menor*: Nativo americano / Nativo de Alaska Asiático Negro / Afroamericano
 Originario de las Islas del Pacífico Blanco Otro; por favor explique _____

Origen étnico del menor*: Hispano Haitiano Otro; por favor explique _____

País de origen del menor: _____

¿Es competente en Inglés?* Sí No

Otros idiomas que se hablan en el hogar *: Español Haitiano-Creole Otro _____
 Ninguno

Número del Seguro Social del menor*: _____ Sin NSS; Prefiere no dar el NSS

Número del ID de MDCPS*: _____ Sin ID de MDCPS; Prefiere no dar el ID de MDCPS

Grado escolar del menor*: _____ **Escuela a la que asiste el menor*:** _____

¿Tiene el menor seguro de salud (ex., seguro privado, KidCare, Medicaid)?* Sí No
(Si no lo tiene, The Children's Trust puede ayudarle a encontrar una cobertura asequible—llamar 211)

¿Tiene el menor algún certificado de discapacidad?* Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿tiene alguno de los siguientes planes o documentos (marque las necesarias)?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Plan de servicio familiar individualizado
(Individualized Family Service Plan-IFSP;
si es menor de 3 años) | <input type="checkbox"/> Diagnóstico de un profesional con licencia o
certificado por el estado (ex., psicólogo/a) |
| <input type="checkbox"/> Plan de Educación Individualizada del sistema
escolar (Individualized Education Plan - IEP) | <input type="checkbox"/> Información provista por el padre/madre o
guardián legal describiendo la condición específica
del menor y/o la necesidad de adaptaciones
relacionadas a la discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Plan Sección 504 (Section 504 Plan) | |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico médico | |

Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo clasificaría el tipo de discapacidad?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Desórdenes del espectro del autismo | <input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Condición médica crónica | <input type="checkbox"/> Discapacidad física |
| <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo (sólo menor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Discapacidad del habla y el lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Desorden emocional o del comportamiento | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual (o ceguera) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva (o sordera) | <input type="checkbox"/> Otra discapacidad _____ |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual (o retraso mental) | |

Autorizo el envío de esta información a **The Children's Trust** para fines de seguimiento y evaluación del programa.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O GUARDIÁN*: _____ **FECHA :** _____

Sólo para uso del personal (INFORMACIÓN INDISPENSABLE)

ORGANIZACIÓN: Thomas Armour Youth Ballet UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: **BETTY T FERGUSON RECREATIONAL PARK**

*Campos obligatorios

Rev 06/10



AUTORIZACION PARA FOTOGRAFIA/VIDEO

Yo, _____, el padre o guardián del niño/a
_____ autorizo y doy por este medio consentimiento
a los proveedores de servicios y al personal de El Fidecomiso de los Niños (The Children's
Trust) del condado Miami-Dade como sigue:

Otorgo permiso y autorizo - o - **No otorgo permiso ni autorizo**

al personal de El Fidecomiso de los Niños del condado Miami-Dade a tomar y a usar
fotografías corrientes, fotografías digitales, películas, transmisiones de televisión, y/o a hacer
grabaciones de mí, de mis niños, o de mis estancias con fines educativos, de investigación,
documentales, y con el propósito de relaciones públicas.

Firma del Padre o Guardián

Firma del Testigo

Fecha

Fecha

Cualquier grabación puede revelar su identidad a través de la imagen por sí misma, sin esperar
ninguna remuneración para usted, sus niños o sus estancias.

Cualquiera y todas las grabaciones tomadas de usted serán sólo propiedad del Fideicomiso de
Los Niños.

Con respecto al uso de cualquier grabación tomada de usted, de sus niños o de sus estancias,
renuncia por este medio a cualesquiera y a todas las demandas presentes y futuras que pueda
tener contra El Fidecomiso de Los Niños, su personal, los proveedores de servicios,
empleados, agentes afiliados y miembros de La Junta Directiva.