



# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA JÓVENES PARTICIPANTES

|                              |
|------------------------------|
| <i>Solo para el personal</i> |
| N.º de identificación        |
| Fecha de inscripción         |

## Programa de verano (Escoja la(s) semana(s) que va a asistir)

Semana 1: Un viaje por el Caribe (5-9 de junio)

Semana 2: Un viaje por México y Centroamérica (12-16 de junio)

Semana 3: Un viaje por América del Sur, parte primera (19-23 de junio)

Semana 4: América del Sur, parte segunda (26-30 de junio)

## Información del joven participante

|   |  |   |        |  |        |
|---|--|---|--------|--|--------|
| Nombre y apellido                             |  | Fecha de nacimiento                             |        | Edad   |        |
| Domicilio                                     |  |   | Ciudad |  | Estado |
| Idioma que se habla principalmente en la casa |  | Género  |        | ¿es de origen hispano, latino, o español? <span style="float: right;">Sí No</span>             |        |
| país(es) de la familia                        |  |   |        |  |        |
| Teléfono fijo                                 |  | Teléfono celular                                |        | Correo electrónico   |        |
| Experiencia previa con el español             |  | nada inmersión en la escuela                    |        | clase o programa previa casa/familia otro  |        |
| Grado (marque una opción)                     |  | 3 <sup>rd</sup> 4 <sup>th</sup> 5 <sup>th</sup> |        |  |        |
| Talla de camiseta (marque una opción)         |  |   |        |  |        |
| Pequeño de niño                               |  | Medio de niño                                   |        | Grande de niño Pequeño de adulto Mediano de adulto Grande de adulto Extragrande de adulto Otro |        |

## Información del padre/de la madre, del tutor y del contacto de emergencia

| Contacto 1                      |  | Marque todas las opciones que correspondan       |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Nombre y apellido               |  | Parentesco                                       |  | Proveedor(a) de cuidado <input type="checkbox"/> | Contacto de emergencia <input type="checkbox"/>        | Autorizado/a para la recogida <input type="checkbox"/> |
| Dirección de correo electrónico |  | Teléfono   |  |  |  |  |
| Contacto 2                      |  | Proveedor(a) de cuidado <input type="checkbox"/> |  | Contacto de emergencia <input type="checkbox"/>  | Autorizado/a para la recogida <input type="checkbox"/> |  |
| Nombre y apellido               |  | Parentesco                                       |  | Proveedor(a) de cuidado <input type="checkbox"/> | Contacto de emergencia <input type="checkbox"/>        | Autorizado/a para la recogida <input type="checkbox"/> |
| Dirección de correo electrónico |  | Teléfono   |  |  |  |  |
| Contacto 3                      |  | Proveedor(a) de cuidado <input type="checkbox"/> |  | Contacto de emergencia <input type="checkbox"/>  | Autorizado/a para la recogida <input type="checkbox"/> |  |
| Nombre y apellido               |  | Parentesco                                       |  | Proveedor(a) de cuidado <input type="checkbox"/> | Contacto de emergencia <input type="checkbox"/>        | Autorizado/a para la recogida <input type="checkbox"/> |
| Dirección de correo electrónico |  | Teléfono   |  |  |  |  |
| Contacto 4                      |  | Proveedor(a) de cuidado <input type="checkbox"/> |  | Contacto de emergencia <input type="checkbox"/>  | Autorizado/a para la recogida <input type="checkbox"/> |  |
| Nombre y apellido               |  | Parentesco                                       |  | Proveedor(a) de cuidado <input type="checkbox"/> | Contacto de emergencia <input type="checkbox"/>        | Autorizado/a para la recogida <input type="checkbox"/> |
| Dirección de correo electrónico |  | Teléfono   |  |  |  |  |

Escoja la(s) semana(s) que va a asistir



# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

## Renuncias

### Cláusula de emergencia

En caso de que mi hijo/a menor de edad sufra una lesión o enfermedad en el Programa que requiera atención médica inmediata, entiendo que será llevado inmediatamente al hospital más cercano donde se le brindará la atención médica que necesite. Además, acepto que ningún empleado, funcionario, agente o representante de la Ciudad será responsable de las lesiones o daños que surjan de la prestación de dicho tratamiento médico de emergencia.

Firma del padre/de la madre o del tutor legal

Parentesco

Fecha

### Autorización a los medios de comunicación

Autorizo, sin recibir compensación, el uso por parte de Viva La Librería de mi imagen o grabaciones de voz, o la de mi hijo/a o menor a mi cargo, relacionadas con y que hayan tenido lugar durante el período de mi participación en el Programa.

Firma del padre/de la madre o del tutor legal

Parentesco

Fecha

### Alertas para el personal

*Anote cualquier preocupación relacionada con el comportamiento, restricciones alimentarias, enfermedades, o cualquier otra información importante que nuestro personal deba conocer.*

### **Gracias por escoger los programas de Viva la Librería**

Mande el formulario completo al [info@vivalibreria.com](mailto:info@vivalibreria.com)

Haga el pago en [www.vivalibreria.com/registration](http://www.vivalibreria.com/registration)

Su hijo/a no está inscrito/a en el programa hasta que se haya entregado el formulario y hecho el pago. Usted recibirá un correo electrónico de confirmación por parte de Viva la librería.

Si es necesario cancelar la participación de su hijo/a en el programa, por favor avísenos lo antes posible. Usted puede recibir un reembolso si nos avisa antes del 15 de mayo. Desafortunadamente, después del 16 de mayo no hay posibilidad de reembolso.

Se cobrará un cargo de \$5 por cancelar. Esto es porque nuestro procesador nos cobra \$5 por cancelación.

Escoja la(s) semana(s) que va a asistir