

GMYS LIENZO
June 14 - July 30, 2021

Colores de la Cultura 14 de Junio - 23 de Julio en Miami Christian School (Principiante/Intermedio)
En persona Virtual
Texturas 21 de Junio - 2 de Julio en Unitarian Universalist Congregation (Avanzado)
Intensivo de Jazz Intensivo de cuerdas
Caleidoscopio 6 de Julio - 30 de Julio en St. Johns Episcopal Homestead (Principiante)
En Persona Virtual

Apellido del Menor _____, **Nombre** _____ **Segundo nombre** _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Sexo del menor Masculino Femenino

Número del ID de MDCPS Sin ID de MDCPS

Escuela a la que asiste el menor _____

¿Es el niño/a competente en inglés? Sí No

Otros idiomas que se hablan en su hogar Español Haitiano-Creole Otro _____ Ninguno

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

Origen étnico del menor Hispano Haitiano Otro, por favor explique _____

Raza del menor Indio americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano
 Originario de las Islas del Pacífico Blanco Otro Multiracial

Grado escolar del menor

¿Tiene el menor seguro de salud (ej., seguro privado, KidCare, Medicaid)? Sí No
(Si no tiene, The Children's Trust puede ayudarle a encontrar una cobertura económica—llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org/parents/health-connect/insurance)

Nombre completo del padre, madre o guardián del menor _____

Correo electrónico del padre, madre o guardián del menor _____

Teléfono principal del padre, madre o guardián

¿Es este un celular/teléfono móvil? Sí No

(The Children's Trust podría comunicarse con usted por correo, correo electrónico y/o texto para preguntarle acerca de su satisfacción con estos servicios, y para notificarle de otros programas financiados por The Children's Trust, iniciativas y eventos en los que podría estar interesado/a.)

Número de niños que viven en el hogar (incluido el niño participante)

¿Es el participante hijo de una familia militar? Si No

Un miembro de la familia del niño es: 1) un miembro en servicio activo de los servicios uniformados; 2) un miembro de la Guardia Nacional o reservas; 3) un miembro o veterano que resultó gravemente herido y fue dado de alta o jubilado por motivos médicos; o 4) Un miembro muerto en el cumplimiento del deber.

Continúa en la página siguiente

¿Qué ayuda recibe su hijo(a) en este momento, si alguna? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Terapia o servicios de conducta | <input type="checkbox"/> Terapia física (PT) |
| <input type="checkbox"/> Consejería para problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Servicios de educación especial en la escuela |
| <input type="checkbox"/> Medicación diaria (no incluye vitaminas) | <input type="checkbox"/> Terapia de habla/lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional (OT) | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

¿Qué condiciones tiene su hijo(a) que se espera duren un año o más? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desorden del espectro autista | <input type="checkbox"/> Discapacidad o impedimento físico |
| <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo (si es menor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Problemas de agresividad o de temperamento |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual o de desarrollo (mayor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Problemas de atención e hiperactividad (ADHD) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva o sordera | <input type="checkbox"/> Problemas de depresión o ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje (si está en edad escolar) | <input type="checkbox"/> Condición del habla o del lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Condición médica o enfermedad | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual o ceguera |
| | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

Instrumento: _____ **Años de estudio:** _____ **Profesor privado (nombre):** _____

Tamaño de la camisa (Marque uno) Joven : S M L
Adulto: S M L XL XXL

Instrumento Interesado: _____

*Debido a COVID-19, todos los instrumentos elegidos se mantendrán hasta el final del campamento. Los instrumentos no se pueden cambiar cuando se seleccionan.

PAGO

La inscripción no estará completa hasta que se pague la matrícula. Si la matrícula no se paga antes del 7 de junio de 2021, se perderá el derecho a la plaza del estudiante. Consulte la página siguiente para conocer la matrícula y las tarifas. Los estudiantes deben estar completamente registrados para poder participar en cualquier actividad del campamento. La información, los formularios y los detalles del campamento están disponibles en www.gmys.org.

Preferencia de Registro y Pago en Línea

Si está interesado(a) en otros servicios financiados por The Children's Trust, Por favor llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org. Si necesita encontrar ayuda para servicios especiales para su hijo/a, visite www.advocacynetwork.org o www.thechildrenstrust.org/cwd

Autorizo el envío de esta información a The Children's Trust para fines de calidad y evaluación del programa. The Children's Trust proporciona financiación para este programa.

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

Preguntas: Comuníquese con GMYs
Teléfono: (305) 667-4069
Correo electrónico: camp@gmys.org

¿Cómo se enteró de nosotros?

Radio

Referencia de amigos / familiares

Publicidad impresa

¿Cuál? _____

Redes sociales

Otro: _____

Revised March 2021

Matrícula y Tarifas

1. Se debe pagar una tarifa de solicitud **no reembolsable de \$ 50** antes del **7 de Junio 2021** con este formulario de registro
* Para que su hijo participe, debe estar al día con GMYS
2. La matrícula debe pagarse en su totalidad antes del 7 de junio de 2021. Para recibir la beca, debe proporcionar una prueba de necesidad con cualquiera de los siguientes: declaración de impuestos, aviso de terminación / licencia, documentación de desempleo o cualquier otra prueba de necesidad.
3. Planes de pago disponibles a pedido. (tarifa adicional de \$ 25) Me gustaria un plan de pago

LAS BECAS SE OTORGARÁN POR PRIMERA VENIDA, PRIMER SERVICIO

* Las becas se asignan por orden de llegada y son limitadas. Se DEBE pagar una tarifa de registro no reembolsable.

Escuela Miami Christian Colors of Culture
Matrícula Campamento de 6 semanas
9:00 AM - 4:00 PM

- Young Mozarts \$300 Preparatory Strings \$200
 Strings Orchestra \$300 Exploratory Strings \$200
 Concert Band \$300
 Exploratory Band \$200

St. Johns Episcopal Homestead: Campamento Kaleidoscope de 4 semanas 9:00 AM - 1:00 PM
SOLO CUERDAS \$ 150

- Young Mozarts 2+ años de experiencia
 Advanced Prep 1+ años de experiencia
 Beginning Preparatory < 1 años de experiencia
 Exploratory Strings 0 años de experiencia

Unitarian Universalist Congregation: Texturas
Campamento de 2 semanas
(los horarios se enumeran a continuación)

- Jazz Intensive \$475 9:00 AM - 1:00 PM
 String Intensive \$475 12:00 PM - 4:00 PM

Contactos de Emergencia

Nombre	Relación con el Estudiante	Lugar de Empleo	Numero de Trabajo	Numero de Telefono

Autorización para Caminar a Casa

Dias: _____

Tiempos Exactos: _____

Entiendo que GMYS no es responsable del cuidado de mi hijo después de los tiempos indicados anteriormente.

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____

3. OPCIONAL: CUIDADO ANTES / DESPUÉS (Intermedio) - \$ 150 por estudiante durante las 6 semanas completas Se puede pagar en su totalidad al comienzo del campamento

O se pueden pagar \$ 25 por semana el lunes de cada semana

Antes de la atención comienza a las 7:30 a. M. After Care termina a las 6:00 p.m.

SOLO ANTES DEL CUIDADO (Homestead) - \$ 100 por estudiante durante las 4 semanas completas

Se puede pagar en su totalidad al inicio del campamento.

O se pueden pagar \$ 25 por semana el lunes de cada semana

Antes de la atención comienza a las 7:30 A.M.

Mi (s) hijo (s) _____ necesitará cuidado antes y / o después durante el campamento de música de verano de GMYS. Registraré la entrada y salida de mi (s) hijo (s) antes y después del cuidado. Estoy de acuerdo en que GMYS no es responsable de mis hijos si los dejan antes de las 7:30 a. M. O los recogen después de las 6:00 p. M. Reconozco que se notificará a las autoridades correspondientes si A) yo u otra persona de contacto de emergencia no llegamos para recoger a los niños antes de las 6 pm, o B) si no se ha hecho contacto con el personal del campamento notificándoles de una emergencia prohibir que los niños sean recogidos.

Indique en la tabla de contactos de emergencia quién dejará o recogerá a los niños para el cuidado antes y / o después. Esta persona DEBE firmar la entrada y salida del niño (s) con el supervisor de cuidado antes / después.

Los niños SOLAMENTE serán entregados a las personas enumeradas en la tabla de contactos de emergencia.

POLÍTICAS Y EXENCIONES DE PERMISO

PÓLIZA DE CANCELACIÓN

Todas las clases están sujetas a cancelación en función de la financiación y la inscripción. Se otorgarán reembolsos por cualquier cancelación por parte de GMYS. No se darán reembolsos por cancelaciones por parte del participante.

PÓLIZA DE PROGRAMACIÓN

Todas las clases están sujetas a cambios según la financiación y la inscripción. Se otorgarán reembolsos por cualquier cancelación por parte de GMYS. No se darán reembolsos por cancelaciones por parte del participante.

PÓLIZA DE ASISTENCIA

Los estudiantes que falten más de dos días durante la duración del campamento de verano serán despedidos del campamento (no reembolsable). Aquellos con asistencia perfecta tienen acceso a nuevas oportunidades y sorpresas de verano. La asistencia a todos los conciertos es obligatoria.

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____

Permiso de Transporte

Formulario de consentimiento integral de los padres / tutores y exención de responsabilidad
(Los estudiantes no pueden asistir a excursiones fuera del sitio a menos que se firme esta exención)

Yo, (padres / tutores) _____ otorgo permiso para que mi hijo _____ sea transportado en un vehículo motorizado conducido o contratado por GMYS, un servicio de autobús aprobado por MDCPS o una camioneta del programa conducida por un empleado de GMYS. Entiendo que se espera que mi hijo siga todas las leyes aplicables con respecto a viajar en un vehículo de motor y se espera que siga las instrucciones proporcionadas por el conductor y / u otros miembros adultos del personal o voluntarios. Estoy de acuerdo en mi nombre, el de mi hijo aquí mencionado y nuestros herederos, sucesores y cesionarios de mantener indemne y defender a GMYS, sus funcionarios, directores y agentes, y cualquier agencia de financiación, de todas y cada una de las acciones, reclamaciones, demandas, daños, costos, gastos y todos los daños consecuentes que surjan de o en relación con el transporte de mi hijo por parte de empleados de GMYS o un servicio de autobús aprobado por MDCPS.

He leído todo este formulario de autorización y exención, lo entiendo completamente y acepto estar legalmente obligado por sus términos.

Firma del padre / tutor _____ Fecha _____

Información Médica del Participante

Indique a continuación cualquier condición médica o de comportamiento que tenga o haya tenido su hijo y que deba ser considerada. Incluya cualquier medicamento que deba administrarse mientras asiste al programa (alergias, medicación actual, actividades a evitar, características / técnicas de comportamiento, etc.). Indique también si su hijo tiene un mayor riesgo de contraer COVID-19 debido a afecciones médicas preexistentes. Además, indique si existen necesidades especiales y / o adaptaciones necesarias que nuestro personal deba conocer para brindar la mejor atención posible. **SI NO HAY NINGUNO, ESCRIBA N / A.**

Verificación Médica y Consentimiento

Por la presente, doy permiso a los médicos seleccionados por GMYS para ordenar radiografías, pruebas de rutina y tratamiento para la salud de mi hijo en caso de que no pueda ser contactado en una emergencia. Doy permiso al médico para hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado y ordenar la inyección y / o anestesia y / o cirugía para mi hijo. Doy fe de que el participante es físicamente capaz de participar en todas las actividades planificadas y organizadas por GMYS y que la condición física del participante ha sido verificada por un médico con licencia, y doy mi consentimiento para cualquier tratamiento médico necesario para el participante en caso de una emergencia. Comprendo como padre o tutor legal del participante que las actividades implican riesgos, y por la presente asumo voluntariamente todos los riesgos, como lesiones causadas por la negligencia de GMYS y / o sus voluntarios, consultores y funcionarios. Mi seguro personal tiene la responsabilidad principal en caso de accidente.

Padre/ Tutor Firma _____ Fecha _____



AUTORIZACION PARA FOTOGRAFIA/VIDEO

Yo, _____, el padre o guardián de _____, autorizo y doy por este medio consentimiento al personal de The Children's Trust del Condado Miami-Dade y/o los proveedores de servicios que financia, de la siguiente manera:

Yo por la presente:

otorgo permiso y autorizo **no otorgo permiso ni autorizo**

al personal de The Children's Trust del Condado Miami-Dade y/o los proveedores de servicios que financia, a tomar y a usar fotografías corrientes, fotografías digitales, películas, transmisiones de televisión, y/o a hacer grabaciones ("grabaciones" de aquí en adelante) de mí, de mis niños, o de mis dependientes 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 hijos o niños en su custodia.

Cualquiera de y todas las grabaciones tomadas de usted, sus hijos o niños en su custodia serán la propiedad única de The Children's Trust y de sus programas financiados.

Con respecto al uso de cualquier grabación tomada de usted, de sus hijos o de niños en su custodia, usted renuncia por este medio a cualesquiera y a todas las demandas presentes y futuras que pueda tener contra The Children's Trust del Condado Miami-Dade, su personal, los proveedores de servicios que financia, empleados, agentes afiliados y miembros de la junta directiva.



Yo, como padre o tutor legal del estudiante _____,
Reconozco que la pandemia de COVID-19 está ocurriendo ahora y puede continuar siendo un peligro grave durante todo el período del programa para el que me estoy inscribiendo. Si elijo que mi estudiante asista a clases o eventos en persona, me aseguraré de que siga todos los protocolos de seguridad de enfermedades creados por GMYS para este programa; Además, informaré inmediatamente a GMYS si presenta síntomas de enfermedad o ha experimentado una exposición a una persona infectada con COVID-19, y seguiré las instrucciones de GMYS con respecto a su asistencia futura. Para todos los eventos en persona, por la presente asumo el riesgo de contagio y acepto liberar, eximir de responsabilidad, defender e indemnizar a la Sinfónica Juvenil de la Gran Miami del condado de Dade, Florida, Inc., así como a la Escuela Cristiana de Miami, la Congregación Unitaria Universalista de Miami y St. Johns Episcopal Homestead y todo su personal, agentes, gerentes, directores y funcionarios de y de cualquier responsabilidad por la enfermedad COVID-19 o consecuencias relacionadas, incluidas las reclamaciones que se desconocen actualmente pero que puedan surgir en el futuro. y cualquier reclamo de supuesta negligencia por parte del liberado.

He leído y entendido los procedimientos de limpieza / saneamiento y cancelación de GMYS como se describe en el sitio web www.gmys.org

Firma _____

Nombre _____

Fecha _____