

# Inscripción del Campamento de Escritura de Historia

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Próximo Grado Escolar \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre del Padre, Madre o Guardián::

\_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número del Celular: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Historia de la Salud del Niño(a): Su información es confidencial. Incluye una hoja adicional si es necesario.

Favor de escribir una lista aquí de las alergias que tiene su hijo(a):

\_\_\_\_\_

Describe la reacción alérgica de su hijo(a):

\_\_\_\_\_

Favor de escribir aquí una lista de cualquier comida que no consume su hijo(a) (Ejemplo: Carne):

\_\_\_\_\_

Otros asuntos médicos:

\_\_\_\_\_

Medicamentos que toma su hijo(a):

\_\_\_\_\_

Favor de considerar que los empleados de *iWRITE* o *The Bryan Museum* no están permitidos de dar cualquier medicamento a los participantes del campamento. Favor de no mandar medicamentos a la clase con su hijo(a).

¿Usa su hijo(a) lentes ( ) lentes de contacto ( ) audífono ( )  
zapatos correctivos ( ) prótesis ( )?

Escribe aquí cualquier otro aviso importante sobre la salud de su hijo(a) :

\_\_\_\_\_

Contacto para emergencias:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

En el evento que no se puede comunicar ni con los padres del niño(a) ni con el contacto de emergencia, apruebo y doy permiso para el tratamiento de emergencia decidido por un doctor medico calificado.

Facilidad medico preferido \_\_\_\_\_(opcional)

Firma del padre/guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Autorización y Permiso

Como padre, guardián legal u otra agencia representando el niño(a) mencionado en este documento, doy mi permiso para inscribir a mi hijo(a) en el programa especificada, manejado por los empleados de iWRITE y The Bryan Museum. Reconozco y acepto que mi hijo(a) debe seguir instrucciones de seguridad y mantenerse en el área designado del programa, comunicado por los empleados, y no participar en comportamiento que pone en peligro ni a si mismo, ni a otros niños(as). No cumplir con las instrucciones resultará en la despedida del programa sin reembolso de la tuición. Los empleados de iWRITE y The Bryan Museum trabajarán para darle la experiencia más segura, pero a veces los accidentes no son evitables. Estoy de acuerdo de liberar a los empleados a iWRITE y The Bryan Museum de cualquier responsabilidad u obligación, incluyendo responsabilidad física o financiera, causada por una enfermedad, muerte, perdido o daño que ocurre por accidente durante la participación de mi hijo(a) en sus programas. Mi firma da permiso de usar todas las fotos y video filmado durante el programa para motivos promocionales. Para no participar en el uso de las fotos o video, entiendo que hay que negar el permiso en forma escrito, entregado con este documento. He informado a los empleados del campamento de todas las condiciones médicas de mi hijo(a). La información comunicada en este documento es cierto y correcto según mi conocimiento.

Firma del padre/guardián: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL PAGO:

Método del pago:    Mastercard    Visa    Cheque    (A nombre de iWRITE)

Cantidad Incluido: \_\_\_\_\_                      Número del cheque:: \_\_\_\_\_

Número de tarjeta de crédito # \_\_\_\_\_

Fecha de Caducidad \_\_\_\_\_ Código de seguridad \_\_\_\_\_

Nombre en la tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

---

(Cheque a nombre de iWRITE)

Manda por correo el documento de inscripción y pago a:

**Summer Camps**

**Attn. The Bryan Museum**

**P.O. Box 266597**

**Houston, TX 77207**

Para consultas, envíe un correo electrónico a [Nicole@iWRITE.org](mailto:Nicole@iWRITE.org) (713.845.5808). Recibirá un correo electrónico de confirmación dentro de una semana.

Para preguntas sobre las becas de alta necesidad, contacte a Mary Lou Hollender por [marylou@thebryanmuseum.org](mailto:marylou@thebryanmuseum.org).

Para inscripción en línea, usa el sitio de [www.iWRITE.org](http://www.iWRITE.org).