



## ACADEMY

Registrarse con anticipación.  
Fecha límite es 1 de Mayo!!!

Estimados estudiantes y padres / tutores,

Gracias por su interés en la Academia PlaySmart 2018.

La realización de este paquete de registro es el primer paso hacia el aprendizaje de nuevas habilidades, conocer gente nueva y divertirse en la Academia de este verano!

### **Aquí están algunos recordatorios importantes:**

1. La Academia se celebrará en la Universidad Central de Oklahoma, 18-22 de Junio, lunes a viernes. El programa comienza a las 8:30am (supervisión comienza a las 8:30 am) y termina a las 3:00 pm (dejar/recoger se espera no más tarde de 3:15pm).
2. TODAS las secciones y formas / exenciones en este paquete deben ser llenada por el parent / tutor legal.
3. Hay una sección que el estudiante es responsable de la forma “Firma de Referencia.” Esta sección requiere el estudiante para hacer una maestro, entrenador, mentor, la fe – líder de una firma recomendación. Esta es una visita obligada para participar.

Por ultimo, una vez que estamos en la recepción de su inscripción completo, le enviaremos un correo electrónico de confirmación y / o carta con información adicional sobre la Academia. Por favor, siéntase libre de contactarnos con cualquier pregunta. Esperamos contar con su participación este verano!

McKenzie Akin  
PlaySmart  
(405) 606-9288 celular

REGISTRO COMPLETO pueden ser enviados a la siguiente dirección:

McKenzie Akin  
c/o PlaySmart  
3040 Quail Creek Rd.  
Oklahoma City, OK 73120

**Cupo limitado a 60 estudiantes.**  
**PLAZO DE INSCRIPCIÓN ES 1 de Mayo !!!**

## Academia PlaySmart 2018 Formulario de Inscripción

Universidad Central de Oklahoma, 18-22 Junio, 8:30am- 3:00 pm

Fecha de hoy:

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del Niño::	Nombre del medio del Niño:	Apellido del Niño:
Dirección de la casa:		#APT
Ciudad:	Estado:	Codigo postal:
Escuela Actual:	Fecha de nacimiento: Mes/Dia/Año	Grado actual::
Email:	#Teléfono Celular:	Podemos mandarle un texto? Sí No (marque uno)

## Etnicidad del Niño

(Marque todas las que apliquen) African American Anglo Hispano Indio Americano Asiático Otro: \_\_\_\_\_

Con quien vive este niño principalmente? (Marque todo lo que corresponda) Madre Padre Hermanos Abuelos Familiares Otro: \_\_\_\_\_

Tamaño de la camiseta Adulto: (marque uno) Small Medium Large XL Otro: \_\_\_\_\_

¿Este niño es elegible para el programa de almuerzo gratis o a precio reducido?	SÍ	NO	
¿Cuál es la capacidad actual de la natación del niño? (Marque uno) Principiante	No sabe nadar	puede nadar con la avanzada	puede nadar con NO supervisión
¿Cómo será este niño asistir a la Academia? (Marque uno)	Padre / Tutor / Relativo transportará *	El niño va a caminar o tomar el transporte *	

\* Lista de los que, además de los padres / tutores autorizados de su hijo:

PADRE / GUARDIAN # 1				
Nombre del Padre / Tutor (Nombre, Segundo Nombre, Apellido):		Relación al niño:		
Dirección de la casa:		Ciudad:	Estado:	Codigo postal:
Teléfono de la casa:	Empleador:	Teléfono del trabajo:		
Dirección de correo electrónico:	Celular:	Podemos mandarle un texto? (Marque con un círculo) Sí No		
PADRE / GUARDIAN # 2				
Nombre del Padre / Tutor (Nombre, Segundo Nombre, Apellido):		Relación al niño:		
Dirección de la casa:		Ciudad:	Estado:	Codigo postal:
Teléfono de la casa:	Empleador:	Teléfono del trabajo:		
Dirección de correo electrónico:	Celular:	Podemos mandarle un texto? (Marque con un círculo) Sí No		

En caso de una emergencia y el parent / tutor arriba no puede ser alcanzado por favor indique una persona de contacto a continuación: Contacto: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA DEL ESTUDIANTE

Nombre del Domicilio del Médico: Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono:
Seguro Medico:	Teléfono:		
Póliza:			

Favor de revisar cada categoría y marcar todas las que correspondan a su hijo. Por favor especificar cualquier medicamento que su hijo participa regularmente y el formulario de solicitud de medicamentos que se adjunta.

Categoría	Sí	No	Por favor indique las alergias, condiciones médicas, medicamentos que toma, efectos secundarios que debe vigilar, necesidades especiales o instrucciones especiales No lo deje en blanco. Si No hay Instrucciones Escriba N / A NINGUNO o.
Alergias			
Asma			
Problemas Médicos			
Necesidades dietéticas especiales			
La hepatitis C			
Medicación actual			
Otro			

\*\* Si necesita medicamentos que se durante las horas del programa, voy a la documentación adicional necesaria y seguir todos los necesarios. Entiendo que los medicamentos sin receta como Tylenol, Pepto Bismal, Etc. no será administrado por el Programa a mi hijo.  
\*\*

### Permiso

Responsabilidad Civil y Emergencias médicas: PlaySmart ofrece programas deportivos, educativos y recreativos. Entiendo que la afiliación es voluntaria y tienen la confianza de que se tomarán todas las precauciones para garantizar la seguridad y bienestar de mi hijo. Entiendo las actividades y servicios pueden tener un de riesgo y el peligro inherente y asumir la plena responsabilidad por las acciones y la condición física de mi hijo. Estoy de acuerdo en nombre de mí mismo, mi hijo nombrado en este, o nuestros herederos, sucesores y cessionarios, mantener indemne y defender PlaySmart, sus oficiales, directores y agentes, chaperones o representantes asociados con el evento, que surja de o en conexión con mi niño que asiste o en transporte hacia y desde el evento (incluyendo viajes de estudios), o en conexión con cualquier enfermedad o costo del tratamiento en relación con el mismo, y yo estoy de acuerdo en indemnizar a PlaySmart, sus oficiales, directores y agentes, chaperones, o representantes asociados con el evento de los honorarios y gastos que surjan en relación con la misma razonables de abogados.

Entiendo que si mi hijo tiene problemas de salud, debo informar PlaySmart antes de participar en cualquier actividad. Por la presente certifico que a lo de mi conocimiento, mi hijo se encuentra en buen estado de salud, y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo. En caso de una emergencia, doy permiso al personal PlaySmart para asegurar el tratamiento / quirúrgico para mi hijo, incluyendo el transporte de mi hijo a un hospital para recibir tratamiento o quirúrgico de emergencia. Voy aceptar todos los gastos de esa atención. Deseo ser notificado, si no puedo ser localizado, por favor notifique a los contactos de emergencia que figuran en esta solicitud.

Plan de estudios del programa: Entiendo que mi hijo pueda asistir a las clases que pueden incluir discursos adecuados a la edad y en todo el desarrollo del carácter, la y otras clases (es decir, la prevención de la violencia, la prevención del abuso de drogas, trastorno de comer la educación, la educación relación sana, etc.)

Recolección de datos: Entiendo que mi hijo tendrá preguntas que evalúan su / su experiencia con el programa de PlaySmart, él / ella o su sobre el programa, y cualquier impacto que el programa puede haber tenido sobre ellos. Entiendo que toda la información recopilada en mi hijo se mantendrá confidencial. Sólo los datos que sean anónimas (es decir, no ir directamente a mi hijo o el nombre del niño (s) a los registros) pueden ser entregados a un tercero para fines de evaluación.

Comunicado de prensa: Por la presente doy mi consentimiento al PlaySmart, y socios de fotografiar o publicar (a través de impresos, audio, video, Internet) cualquier fotografía, grabación de audio y / o video de ellos en el que yo o mi hijo (a) aparece. Estoy de acuerdo en que se pueden usar para un período de tiempo indefinido, a menos que se exprese lo contrario por mí mismo, para su exhibición pública y / o publicación, y puede ser publicado en Internet.

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



### **FIRMA DEL FORMULARIO DE REFERENCIA**

Estimado estudiante,

Como asistentes a la Academia es una experiencia de desarrollo de liderazgo, requerimos que usted haga una adulto para proporcionar una referencia para usted. Una adulto responsable es alguien que no sea su parente / tutor o miembro de la familia, como un maestro, entrenador, mentor, líder religioso o alguien que conoce y le apoya. Favor de traer este formulario para alguien de su elección y les pedimos que llenarlo. Después, devuelva este formulario con su paquete de inscripción o que esta persona correo electrónico o correo de vuelta a PlaySmart.

#### **ATENCIÓN PERSONA DE REFERENCIA:**

El estudiante antes de que está aplicando para asistir a la Academia PlaySmart 2018. La Academia es una programa único para estudiantes de secundaria que combinan deportes, académicos y de desarrollo de habilidades para la vida. La Academia ayuda a la confianza, exponer a los estudiantes a las posibilidades futuras de ellos, enseña nuevas habilidades para la vida y los conecta a la gente nuevo o en la comunidad. Al proporcionar esta firma de referencia, que está ayudando con el primer ejercicio de liderazgo de estudiante, así como nuevo aprobación que este estudiante se beneficiaría de asistir a la Academia. Por favor, consulte las instrucciones a continuación para enviar este formulario.

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre de referencia: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante:

---

¿Recomienda este estudiante para asistir a la Academia PlaySmart? SI o NO (marcar con una círculo)

Por favor, incluya cualquier comentario sobre este solicitante asistir al programa:

---

---

Firma Referencia: \_\_\_\_\_

Usted puede dar a esta forma de nuevo a la estudiante o por correo electrónico a [mac@playsmart.org](mailto:mac@playsmart.org) o por correo a **McKenzie Akin, PlaySmart, 3040 Quail Creek Rd., Oklahoma City, OK 73120**

*Gracias por su ayuda en la ayuda a los jóvenes a alcanzar su académico y el potencial de vida a través del deporte!*