



365 Millennium Drive, Suite A. Crystal Lake, IL 60012. Phone: 815.477.4720. Fax: 815.477-4700  
www.optionsandadvocacy.org

## Registracion para Clase de 2024-2025

Nombre de participante _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Genero _____
Direccion _____
Tel.casa: _____ Coreo Electronico/Email _____

Propio Guardian: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre de Guardian _____
Direccion _____
Tel.casa _____ Telefono de Trabajo _____
Celular _____

Contacto de Emergencia
Nombre _____ Relacion _____
Contacto _____

¿Tiene alguna restricci3n de alimentos o alergia?
_____
_____

Por favor proveer cualquier otra información que usted sienta que ayudará a hacer esta experiencia más grata y educativa

---

---

---

**Liberación de Responsabilidad y Renuncia de Fotos/Video:** Estamos complacidos de tenerte como participante del programa de Options and Advocacy de Stefanie Sullivan Artes Alegres. Por favor lea cuidadosamente lo siguiente. Hemos sido aconsejados de requerir a todos los participantes o padres que deseen como participante que firmen una forma de liberación de responsabilidades. Al firmar usted entiende que al participar en Stefanie Sullivan Artes Alegres está usted liberando y renunciando a cualquier reclamación por lesiones que usted pudiera sufrir al participar en este programa. Usted también está de acuerdo en que si usted lastimara a otro participante (un evento poco probable) usted será responsable por el cuidado médico para el cuidado del otro participante.

“Como participante o padre del participante del programa de Options and Advocacy Stefanie Sullivan's Artes Alegres, yo reconozco y entiendo que puede haber ciertos riesgos de lesiones físicas hacia mi o hacia otro participante por mi o otro participantes conportamiento, asociado con éste programa. Yo estoy de acuerdo en renunciar a cualquier queja en contra de Options and Advocacy, que yo pudiera tener en nombre de mi o mi hijo(a) como resultado de participar en el programa.

Por la presente yo libero y descargo totalmente a Options and Advocacy y/o Spectrum Support, sus oficiales, agentes, empleados y voluntarios, de cualquier y todas las quejas por lesiones, daño, o pérdida que yo o mi hijo(a) sufra como resultado de participar en Stefanie Sullivan's Artes Alegres de Options and Advocacy .

También estoy de acuerdo en que si yo o mi hijo(a) fuera causa de daños a otro niño, y una demanda fuera archivada, yo indemnizare, defenderé y mantendré inoperante a Options and Advocacy como resultado.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/ Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Fotos/Medios de Comunicacion exencion:**

Otorgo permiso total por el uso de cualquier fotografia, cinta de video, película de movimiento, grabaciones, o cualquier otra grabación de este programa para cualquier propósito

Si       No

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/ Guardián: \_\_\_\_\_

Como cada sesión será única, le animamos a registrarse en todas las sesiones que desee. El costo es \$15 y el horario de cada clase: 9:30-10:45am y Las fechas para el 2024-2025 son: (por favor marque todas las que desee)

\_\_\_\_\_ agosto 17

\_\_\_\_\_ septiembre 7

\_\_\_\_\_ septiembre 21

\_\_\_\_\_ octubre 5

\_\_\_\_\_ octubre 19

\_\_\_\_\_ noviembre 2

\_\_\_\_\_ noviembre 16

La clase es limitada a 15 estudiantes. Haga cheque pagable a: Options and Advocacy

Para inscribirse en la pagina de web [www.optionsandadvocacy.org](http://www.optionsandadvocacy.org) o escanear codigo QR



\*\*Si a usted le gustaría ser considerado para una beca, por favor comuníquese con Winter Noe al 815-477-4720 ext. 230. Donaciones para las Becas de Stefanie Sullivan Artes Alegres son agradecidas.

\*\*Para preguntas y mas informacion mande su mensaje  
[cindy.sullivan@opad.org](mailto:cindy.sullivan@opad.org)

clases son en nuestra oficina.  
Options and Advocacy  
Attn: Stefanie Sullivan's Joyful  
Arts 365 Millennium Dr., Suite A  
Crystal Lake, IL 60012