

# TEATRO YPP

## FORMULARIO DE INSCRIPCION

Nombre del estudiante

Apellido delestudiante

---

Direccion

Ciudad

Estado

ZIP Code

Numero de telefono

Numero de emergencia

Fecha de nacimiento

Student's current age

---

Genero

Hembra

Masculino

Grado completado

Escuela que asiste en el  
otono de 2019

Camiseta de adulto

Camiseta de niño

---

YPP Jr. edad 9-12 \$300

YPP edad 13-18 \$325

TeatroYPP edad 9-17  
\$250

Tarjeta de credito

Numero de tarjeta

Fecha X

cid

Nombre sobre tarjeta

Direccion de Envio

## PERMISO DE LOS PADRES

Complete la información correcta en este formulario y firme su nombre en la parte inferior para completar el registro.

Nombre del estudiante

tiene mi permiso para participar en el programa PCPA, Teatro YPP, en asociación con Allan Hancock College y la programación de Educación y Outreach del Pacific Conservatory Theater.

El firmante se compromete a aceptar toda la responsabilidad de entregar al estudiante al salón de clases a la hora designada y de recoger al estudiante al final de cada sesión.

El firmante acepta que PCPA / Allan Hancock College o cualquier funcionario, estudiante o empleado no se hace responsable de cualquier reclamo por lesiones al menor mencionado anteriormente que surja de o en de cualquier manera conectado con el Teatro YPP, en asociación con AHC Community Education of Santa Maria. PCPA, AHC, sus oficiales, empleados o pasantes, y no serán responsables de ninguna manera por la salud, la seguridad o el bienestar del estudiante mientras esté en camino o regresando de cualquier clase o actividad ofrecida como parte del Proyecto de Jóvenes de PCPA Programación, un programa de educación comunitaria.

Nombre de padre/guardián

Fecha

es el firmante y padre/guardián legal de

Nombre de estudiante

Edad

Siendo el padre / guardián legal firmante del estudiante nombrado anteriormente, menor de edad, por la presente autorizo a Marian Medical Center como agente (s) para los suscritos, autorice cualquier radiografía, examen, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y atención hospitalaria que se considere aconsejable y que se debe prestar bajo la supervisión general y especial de cualquier médico y cirujano con licencia según las disposiciones del personal médico cuando se realice dicho diagnóstico o tratamiento en dicho hospital.

Además, entiendo y acepto que todas las fotografías y grabaciones enviadas o tomadas por el personal de PCPA pasarán a ser propiedad de PCPA y podrían utilizarse para futuras promociones y publicaciones sin el consentimiento por escrito de cualquier estudiante cuya similitud se esté utilizando.

Firma de padre/guardián \_\_\_\_\_

E-mail de padre/guardian

Contacto de emergencia

Telefono

Cuando complete el formulario, envíe su formulario de registro con el saldo de \$ 25 adeudado, con cheque (a nombre de YPP PCPA) o el número de tarjeta de crédito, y envíelo por correo a:

**Teatro YPP Atten: Leo Cortez**  
**800 S. College Drive**  
**Santa maria 93455**