



Lunes 5 de Abril a Jueves 8 de Abril de 2027

Grados 3-5 9:30AM-3PM

Los estudiantes deben poder atender TODOS los 4 días

REGISTRO ABRE EL 8 DE DICIEMBRE DE 2027
Se requiere un pago de \$75.00 al registrarse.

Espacio Sinfónico “Artes Globales” personas Del Norteamérica y Latinoamérica.

Este programa ha sido creado con la creencia de que las artes unen a las personas, trascienden las barreras y celebran nuestras similitudes y diferencias. Usar las artes como fuentes primarias ricas en información sobre las personas que las crearon. Cada día se compone de actividades como calentamiento físico, redacción de diarios, narración y actuación, danza y música, elementos de la ópera china (canto, actuación, conversación, lucha con espadas y cintas chinas), ritmos y danzas africanas y mexicanas, danza y música japonesa. Taikoza Drumming, Capoeira Luanda y Artes Marciales Afrobrasileñas.

Para registrarse, visite el sitio web de The Palace: www.palacestamford.org en la pestaña Educación. Envíe la registracion completa a: cbryan@palacestamford.org o por correo a: C Bryan Palace Theatre 61 Atlantic Street, Stamford CT 06901

Para mas información, contacte el Departamento de Educación: cbyran@palacestamford.org

VOLTEE LA PÁGINA PARA EL REGISTRO

Verano artístico mundial 2027

5 de Abril – 8 de Abril de 2027 | 9:30 am-3:00 pm | Grados 3-5

Registro/Carta de permiso/Exención de responsabilidad

Doy permiso para que mi hijo(a) _____ participe en el "Programa de Verano de las Artes Globales" en The Palace en Stamford. Mantendré indemne al Palace Theatre y a sus empleados de todas las reclamaciones, daños, pérdidas y gastos, incluidos los honorarios de abogados que surjan y resulten de cualquier lesión/accidente durante la participación en el programa educativo. Las fotografías pueden tomarse durante los 4 días y usarse solo con fines publicitarios. Los padres deben considerar cualquier condición médica o emocional del participante que genere inquietudes sobre la participación del participante en este programa.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Dirección de casa: _____

Ciudad: _____ ST: _____ Código postal: _____ Correo electrónico: _____

N.º de trabajo: _____ N.º de celular: _____ Edad del niño: _____

Grado: _____ Escuela: _____

AUTORIZACIÓN MÉDICA: Por la presente, autorizo a los empleados de The Palace a buscar tratamiento médico de emergencia para el participante mencionado anteriormente en caso de que no se pueda contactar a un padre o tutor legal en los números de teléfono anteriores en el momento de una emergencia.

NOMBRE DE LA/S PERSONA/S QUE LO DEJAN Y RECOGE EN EL TEATRO PALACE:

Nombre	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo
_____	_____	_____

Teléfono celular	Relación con el niño
_____	_____

CONTACTO DE EMERGENCIA SI NO SE PUEDE CONTACTAR A LOS PADRES:

Nombre	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo
_____	_____	_____

Teléfono celular	Relación con el niño
_____	_____