



Triple Threat Performer 2026

2 SEMANAS – LUNES A VIERNES

Julio 6 – Julio 17, 2026 | 9:30am-3:30pm | Costo \$900 | Edades: 9-16

Registro/Carta de permiso/Acuerdo de exención de responsabilidad: se requiere un depósito de la mitad de la matrícula al momento del registro. El saldo de la matrícula vence el 6 de junio de 2026 o antes.

Doy permiso para que mi hijo/hija _____ participe en “Triple Threat Performer Intensive” en el Teatro Palace de Stamford. Mantendré indemne al Teatro Palace y a sus empleados de y contra todos los reclamos, daños, pérdidas y gastos, incluidos los honorarios de abogados que surjan y resulten de cualquier lesión/accidente durante la participación en el programa educativo de dos semanas. Las fotografías pueden tomarse durante las 2 semanas y usarse solo con fines publicitarios. Los padres/participante 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: _____

Ciudad: _____ ST: _____ Zip: _____ Email: _____

Trabajo #: _____ Celular #: _____ Child's Age: _____

Grado en Sept. 2025: _____ Escuela: _____

AUTORIZACIÓN MÉDICA

Por la presente, autorizo a los empleados del Teatro 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.

Cantidad pagada \$ _____ Cheques a nombre de: **The Palace** y envíelo por correo con este formulario a: Carol Bryan, Dir. de Educación, Teatro Palace, 61 Atlantic Street Stamford, CT 06901

Tarjeta de crédito: ☐ Amex ☐ Visa ☐ MC Número de tarjeta de crédito:

Fecha de Exp.: _____ Código CVV: _____

Nombre en la tarjeta: _____

Firma del padre/tutor: _____

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
_____	_____	_____	_____	_____

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
_____	_____	_____	_____	_____

Política de reembolso: 100% de reembolso si se notifica el retiro hasta 10 días antes de la fecha de inicio de la programa. 50% de reembolso si se notifica el retiro con menos de 10 días de anticipación a la fecha de inicio de la programa.

No hay reembolsos después del inicio del programa.