



## Triple Threat Performer 2023

2 SEMANAS – LUNES A VIERNES

Julio 10 – Julio 21, 2023 | 9:30am-3:30pm | Costo \$800 | 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 9 de junio de 2023 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. 2023: \_\_\_\_\_ 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 clase. Reembolso del 75% si se notifica el retiro con menos de 10 días de anticipación a la fecha de inicio de la clase.