



Registro de participación



Gracias por su interés en Kaleidoscope Juega y aprende. Queremos saber acerca de ustedes y sus inquietudes. Usted no está obligado a completar este registro o proveer ninguna información que usted no quiera compartir. Pero esta información nos ayudara a saber un poco acerca de ustedes. Esta informacion es confidencial.

Dia: _____

Su Nombre: _____

Su dirección: _____

Su número de teléfono: _____

Su correo electrónico: _____

Nombre de contacto de Emergencia: _____

Teléfono del contacto de Emergencia: _____

Nombre del Niño/a (Primer Nombre)	Edad	Fecha de nacimiento del niño/a	Relación con el Niño/a

1. Alguna alergia?



Raza/Etnicidad de todos los participantes adultos – Marque todo lo que corresponda

Madre/Guardian	Padre/Guardian
Origen étnico	Origen étnico
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Hispano Latino
<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Raza	Raza
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Native de Alaska
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Otra isla del Pacifico	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Otra isla del Pacifico
<input type="checkbox"/> Asiatico	<input type="checkbox"/> Asiatico
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Raza Multiracial o Mixta	<input type="checkbox"/> Raza Multiracial or Mixta
<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder

Otro
Origen étnico
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino
<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Raza
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Negro o Africoamericano
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Otra Isla del Pacifico
<input type="checkbox"/> Asiatico
<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Raza Multiracial o Mixta
<input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder



Consentimiento de fotos y uso de imagines para publicidad

Yo doy permiso para tomar y reproducir fotografías y videos

Nombre del Niño(a) _____

Nombre del Adulto _____

Yo autorizo a Smart Start del Condado de Brunswick a usar fotografías o grabaciones de videos junto con información sobre el firmante con fines publicitarios

Firma _____

Relación con el Niño/a _____

Testigo _____

Permiso Concedido Si _____ No _____

En casos afirmativo sujeto a las siguientes condiciones:

Los formularios de consentimiento son archivados por Smart Start del Condado de Brunswick y son válidos por un periodo de cinco años. Si deciare ser removido el permiso escribir a:

Smart Start of Brunswick County – 5140 Sellers St., Shallotte, NC 28470

El siguiente es para uso de la oficina y no será publicado a otros medios, a menos que usted autorice y firme el compartir esta información

Nombre: _____

Dirección: _____

teléfono: _____

¡Gracias! ¡Nos alegra que este acá y bien!