

DÓNDE Y CUÁNDO**¡Inscripción gratuita!****Términos del programa de becas**

A fin de ser elegible para recibir fondos de becas, se deben cumplir dos o más de los criterios indicados a continuación. **La financiación es limitada y el llenar este formulario no garantiza la colocación.** Los inscritos serán notificados al momento de la selección. Aquellos que no se presenten el primer día perderán su cupo. Esta información es SOLAMENTE para ser compartida con el proveedor de becas, Army Educational Outreach Program (AEOP), quien puede contactar a las familias para oportunidades adicionales de programas educativos en las áreas de Ciencia, Tecnología, Ingeniería y Matemáticas (STEM, por su sigla en inglés).

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (*se requieren todos los campos pertinentes)NIÑO 1 Nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento _____ Hombre Mujer ¿Su hijo necesita un EpiPen®? Sí No Necesidades especiales _____

Grado en el otoño _____ Escuela a la que asiste el niño _____

¿Con qué grupo o grupos de origen racial o étnico se identifica más? Asiático Negro/Afroamericano Hispano/Latino/Origen español Indígena/Nativo americano/Nativo de Alaska Nativo de Hawai/Otro isleño del pacífico Blanco/Caucásico Otro origen, tribu o raza _____**A fin de ser elegible para recibir fondos de becas, se DEBEN cumplir dos o más de los criterios indicados a continuación. Marque todos los que correspondan:** Elegibilidad para recibir almuerzo gratis o a precio reducido Minoría racial o étnica Recibir servicios de educación especial Discapacidad Inglés es el idioma secundario Los padres no asistieron a la universidadNIÑO 2 Nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento _____ Hombre Mujer ¿Su hijo necesita un EpiPen®? Sí No Necesidades especiales _____

Grado en el otoño _____ Escuela a la que asiste el niño _____

¿Con qué grupo o grupos de origen racial o étnico se identifica más? Asiático Negro/Afroamericano Hispano/Latino/Origen español Indígena/Nativo americano/Nativo de Alaska Nativo de Hawai/Otro isleño del pacífico Blanco/Caucásico Otro origen, tribu o raza _____**A fin de ser elegible para recibir fondos de becas, se DEBEN cumplir dos o más de los criterios indicados a continuación. Marque todos los que correspondan:** Elegibilidad para recibir almuerzo gratis o a precio reducido Minoría racial o étnica Recibir servicios de educación especial Discapacidad Inglés es el idioma secundario Los padres no asistieron a la universidad

PADRE/TUTOR Nombres y apellidos _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Correo electrónico para notificación de colocación _____

Teléfono primario _____ Teléfono secundario _____

Sólo para uso de la oficina

En la lista de espera: _____

Colocado: _____

***CONTINÚE EN LA PARTE POSTERIOR – VOLTEAR**

AUTORIZACIÓN MÉDICA [N/D]: Todos los medicamentos deben ser entregados en el envase original en el que fueron expedidos, y deben ser administrados por una persona con autorización previa que haya sido designada por el padre, madre o tutor. Ha acordado, y por la presente autoriza, el suministro de medicación recetada a su hijo, en las horas y dosis indicadas, de la siguiente manera: _____

Nombre del médico que expide la receta _____ Teléfono _____

Firma del médico que expide la receta _____ Fecha _____

Persona autorizada para suministrar la medicación _____

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

**Para cualquier necesidad del niño que no pueda manejar por sí mismo y que necesite atención o instrucciones especiales, llame al 800.968.4332 un mínimo de 4 semanas antes de la fecha de inicio del programa para consultar sobre las asignaciones para alojamiento.*

TRANSPORTE ALTERNO [N/D]: Nombre _____

Relación _____ Teléfono _____

***AUTORIZACIÓN DE USO DE MATERIAL FOTOGRÁFICO:** Autoriza a Club Invention/Camp Invention/Invention Project/Invention Playground, patrocinadores corporativos y gubernamentales y afiliados, a obtener, almacenar, publicar y/o usar (sin pago) cualquier fotografía, diapositiva, grabación de sonido y/o video hechas de su hijo para fines de relaciones públicas, mercadeo/publicidad y/o capacitación interna.

Sí No Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

TÉRMINOS Y CONDICIONES:

Política de comportamiento aceptable: A fin de garantizar un entorno seguro y divertido para todos, se espera que los niños se comporten de forma aceptable y usen un lenguaje apropiado en todo momento. Es importante recordar que no se harán reembolsos si se le tuviera que pedir a un niño que deje de participar en el programa debido a comportamiento inaceptable.

Autorización para tratamiento en caso de emergencia: Por la presente autorizo el diagnóstico y el tratamiento por parte de un profesional médico calificado y con licencia, de nuestro hijo, en caso de que ocurra una emergencia médica, que el médico que lo atienda considere que requiere atención inmediata para evitar poner en más peligro la vida del menor, la desfiguración física o daño, o dolor, sufrimiento o molestias innecesarios, en caso de que se retrase. El médico que atienda al niño tiene permiso para proceder con cualquier examen, diagnóstico y tratamiento médico, quirúrgico menor o de otro tipo. En caso de una emergencia médica, usted comprende que el médico a cargo de la atención del niño hará todo lo posible por comunicarse con usted en forma rápida. La autorización se otorga solamente como recurso una vez que se haya hecho un esfuerzo razonable para comunicarse con usted. También se le da permiso a National Inventors Hall of Fame, Inc. y sus empresas asociadas para que proporcionen tratamiento de emergencia antes de que el niño sea admitido en un establecimiento médico. Este descargo está autorizado durante la sesión registrada. Autoriza y ejecuta este descargo por propia voluntad, con el único propósito de autorizar el tratamiento médico en circunstancias de emergencia, para la protección de la vida y las extremidades del menor, en mi ausencia.

Exención de responsabilidad: En su propio nombre, y como padre o tutor, usted reconoce y acepta que existe la posibilidad de lesiones físicas o pérdidas asociadas con la participación de su hijo en el programa y por este medio libera y exime al National Inventors Hall of Fame, Inc. y a sus empresas afiliadas, empleados y personal asociado, incluidos los propietarios de las instalaciones del programa, de cualquier reclamo, responsabilidad civil o daños como resultado de la participación de su hijo en el programa.

***CONFIRMACIÓN:** Su firma abajo, ya sea escrita o electrónica, es aceptada como un acuerdo vinculante y que al inscribir a su hijo usted ha leído y aceptado los Términos y Condiciones del programa que se requieren para que su hijo participe.

Firma del padre o tutor 1 _____ Fecha _____

Firma del padre o tutor 2 _____ Fecha _____

(Si solo 1 firma) Usted es el único padre o tutor legal