

¿Qué es Teatro REACH?

"Este programa ha revitalizado a mi hijo el amor para la música y actuación. Por su cuenta él a practicado actuación en casa."

Un padre del Teatro REACH

El programa REACH de *Special Kids Connect* ofrece oportunidades del desarrollo personal y recreativo para niños y jóvenes adultos con discapacidades. Colaboraciones con socios de la comunidad, como *ARIEL Theatrical* en Salinas, creamos ambientes de inclusión que resultan la aceptación de sus compañeros y la comprensión, a menudo en nivele personal, para todos los involucrados.



Mediante el Teatro REACH, actores de todas las capacidades y talentos se dan oportunidades para ganar confianza en sí mismo, explorar nuevas formas de expresión y aprender a trabajar de manera efectiva y creativamente con los demás.

¡Únete a nosotros! El programa de Teatro REACH de Primavera 2019 será en *ARIEL Theatrical* se lleva a cabo durante seis mañanas los sábados, comenzando el 6 de abril y se culmina con una actuación el sábado, 18 de mayo.

El teatro REACH está financiado, en parte, por

Las inscripción esta abiertas para niños y adultos jóvenes, de 12 a 22 años. La cuota de inscripción es de \$110. *El espacio es limitado.* Para más información, llamar al (831) 372-2730.



Special Kids Connect
1900 Garden Road Suite 230
Monterey, CA 93940

El Teatro REACH ofrece a los niños de todas las habilidades de edades 12 a 22 años oportunidades para desarrollar habilidades sociales, construir confianza en sí mismo y divertirse en un ambiente inclusivo y de apoyo.



¡Celebrando nuestra 10ª temporada!

Teatro REACH Primavera 2019

Inscripciones para el programa

6 de abril - 18 de mayo

Seis Sábados · 9 am - 11 am

¡Espacio Limitado!

Localidad:



ARIEL Theatrical
320 Main Street
Oldtown Salinas

2019 Registración de Teatro REACH en Primavera

Seis sábados: abril 6, 13, 27, mayo 4, 11, 18 (No habrá programa el 20 de abril.)

9 am - 11 am · Edades 12 a 22 · La cuota de inscripción es de \$110.00

Localidad: ARIEL Theatrical, 320 Main Street, Oldtown Salinas

¡Por favor Imprima!

Nombre de Participante _____

Fecha de Nacimiento _____ Talla de camisa de adulto (Circule Uno): S M L XL 2XL 3XL

Nombre de Padres /Guardián _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Código Postal _____ Número de Teléfono _____

Correo electrónico: _____

Información Médica del Participante: *Por favor tenga en cuenta cualquier información médica esencial, incluyendo las alergias.*

El Teatro REACH se esfuerza por ser lo más inclusivo posible. Nuestro objetivo es proporcionar un programa que es agradable para todos nuestros participantes, a pesar de sus necesidades especiales, mientras que simultáneamente en el mismo tiempo asegurar la seguridad de las personas y de los bienes de la propiedad. *Mis iniciales abajo, aceptó la declaración ser verdadera.*

Mi hijo/a es capaz de participar en este programa sin la presencia visible de un padre o tutor. _____

Mi hijo/a es compatible y coopera con la supervisión de los adultos y voluntarios adolescentes. _____

Mi hijo/a es capaz de señalar si tiene necesidad de ir al baño y es capaz de usar el baño de manera independiente. _____

Mi hijo/a es capaz de participar dentro del contexto de un grupo. _____

Mi hijo/a no tiene un comportamiento perjudicial para el personal, los bienes de la propiedad, o así mismo. _____

Mi hijo/a no tiene* conflictos de horario y llegara a tiempo a cada ensayo. _____

Estoy de acuerdo que si mi hijo/a es incapaz de cumplir con los criterios anteriores y/o presenta problemas imprevistos que podrían resultar en daños a la integridad del programa, el/la participante en el Teatro REACH será reevaluado/a. _____

*** Los conflictos de horario deben ser comentados a Special Kids Connect en el momento de la inscripción. Debido a la naturaleza del proyecto de este programa, la falta de habilidad del participante al atender cada ensayo puede impedir la participación.**

**Enviar por correo o entregar la forma, con un pago de \$110*, a: Special Kids Connect
1900 Garden Road, Suite 230
Monterey, CA 93940**

***Pagos con cheques a nombre de Special Kids Connect.** El registro no es aceptado hasta que se reciba el pago. **Hay una tarifa obligatoria de \$35 por cheque devuelto a Special Kids Connect por fondos insuficientes.** El espacio es limitado. **La inscripción se cierra asta llenar el espacio.** El tamaño de camisetas no serán garantizadas para las inscripciones aceptadas después de 15 de marzo. Lo sentimos, pero no hay reembolsos para solicitudes aceptadas. Para más información, llamar al (831) 372-2730.

RESPONSABILIDAD / FORMULARIO DE RENUNCIACIÓN Y PERMISOS

Yo entiendo que mi hijo(a) esté sano y en forma razonablemente a fin de participar con seguridad en las actividades del programa, y se informo que al personal del programa de dolencias, condición, o lesión que pueda afectar su capacidad para participar con seguridad. Por lo presente certifico a lo mejor de mi conocimiento y creencia de que mi hijo(a) esta en buena salud.

Yo doy permiso a mi hijo(a) a participar en el programa de REACH mencionado anteriormente. Yo entiendo que las actividades pueden implicar ciertos riesgos de la actividad física, lesiones y que el personal y los voluntarios le proporcionara a cada participante con un cuidado razonable, pero Special Kids Connect y/ o su comunidad asociación organización no garantizan que mi hijo(a) se mantendrá libre de lesiones. Sin embargo deseo que mi hijo(a) participe y ASUMO el RIESGO de la participación de él/ella. Yo aceptó la LIBERACIÓN de RESPONSABILIDAD CIVIL, INDEMNIZAR y EXIMIR DE RESPONSABILIDAD a Special Kids Connect, su respectivo personal, voluntarios y miembros del Comité, de toda reclamación o causa de acción derivados de y relacionados con la participación de mi hijo(a) en este programa/evento.

Si una lesión u otra condición medica ocurre o se presenta durante mi participación en este evento de programa, por la presente doy permiso al personal del programa o voluntarios para presta primeros auxilios. En caso de que no están a tal emergencia, doy permiso para que el personal busque tratamiento de emergencia para mi hijo(a). Por la presente autorizo a cualquier rayos x, examen, diagnostico anestésico, medial, quirúrgico o dental o tratamiento se consideran necesarios en el mejor juicio del personal medico de emergencia tratante, medico, cirujano o dentista.

Si tal tratamiento medico es necesario, estoy de acuerdo en asumir toda la responsabilidad por tales acciones, incluyendo el pago de los gastos.

Yo certifico que tengo custodia legal y responsabilidad por el hijo(a) anterior nombrado. Si tengo la custodia compartida de este niño(a), yo además certifico que he notificado el otro padre o el responsable de su participación en este programa.

Yo reconozco que he leído detenidamente este documento y entiendo la información en él. Estoy de acuerdo en cada uno de los términos y reconocimientos anteriores.

Firma de Padres

Fecha

Imprima Nombre de Padres

PERMISO DE PUBLICIDAD/IMAGEN/VOZ

El programa REACH pueden ser fotografiados, videocintas y/o audio grabados para fines de promoción, recaudación de fondos y/o educativos del programa. La firma significa su acuerdo a la utilización de estas imágenes, audio y/o videocintas para fines de promoción, recaudación de fondos o educativos sin compensación.

Yo estoy de acuerdo a las condiciones anteriores y daré permiso a mi hijo(a) a ser fotografiadas, videocintas y/o audio grabadas como parte del programa REACH.

Firma de Padres

Fecha