

Una sabrosa dosis de habilidades para la vida con un toque festivo...



Los programas **REACH** de Special Kids Connect brindan oportunidades para que los niños y adultos jóvenes con discapacidades participen en actividades recreativas junto con sus compañeros de desarrollo típico. Sus compañeros, a su vez, desarrollan una profunda apreciación de cómo somos todos, a pesar de nuestros diferentes niveles de capacidad, más parecidos que diferentes.

¡Vamos a jugar con nuestra comida! Culinario de REACH es divertirse en la cocina mientras se desarrollan habilidades para la vida en el camino. Ya sea aprendiendo a seguir una receta, entendiendo las matemáticas detrás de las mediciones de ingredientes o descubriendo de dónde provienen algunos de los alimentos, los participantes terminarán cada sesión con nuevos conocimientos y un sentido de logro con sus platos preparados.



¡Únete a la diversión! El programa de Golosinas de Días Festivos de Culinario de REACH se lleva a cabo durante dos semanas, con cuatro sesiones (miércoles y viernes) del 28 y 30 de noviembre, y del 5 y 7 de diciembre. La inscripción está abierta para niños y adultos jóvenes de 7 años en adelante. La cuota de inscripción es de \$ 45. El espacio es limitado. **Para más información, llame al (831) 372-2730.**



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

¡Estamos cocinando golosinas para las fiestas!



Golosinas de **Días Festivos**

Nov. 28 - Dic. 7

Cuatro sesiones

¡El espacio es limitado!

Edades para 7 años en adelante



Localidad:
Seaside High School
Burnett Cafeteria
2200 Noche Buena St.
Seaside, CA 93955



Registración para Golosinas de Días Festivos

4 sesiones: noviembre 28, 30 y diciembre 5, 7

Miércoles y viernes · 5 pm - 6 pm · Edades 7 años en adelante · La cuota de inscripción es de \$45

Localidad: Seaside High School · 2200 Noche Buena St., Seaside, CA 93955



¡Por favor Imprima!

Nombre del participante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre de padre / guardián _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Código Postal _____ Número de teléfono _____

Correo electrónico: _____

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

Culinario de 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. _____

He enumerado *todas las alergias* alimentarias de mi participante en la sección "información médica", arriba.* _____

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 REACH será reevaluado/a. _____

*** Se hará todo lo posible para satisfacer las alergias alimentarias de los participantes registrados. Sin embargo, si se determina que no podemos satisfacer las alergias alimentarias de su hijo, se lo notificaremos y le daremos la oportunidad de retirar su registro.**

Enviar por correo o entregar la forma, con un pago de \$45*, a:

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

*Cheques a nombre de *Special Kids Connect*. Hay una tarifa obligatoria de \$35 por cheque devuelto a Special Kids Connect por fondos insuficientes. El espacio es limitado y se otorgará participación en orden que vayamos recibiendo las aplicaciones. Su pago reserva su lugar. Lo sentimos pero no aceptamos reembolsos para aplicaciones aceptadas. Para mas información, llame 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