



Artes de la Rosa

Cultural Center for the Arts

Programa Educativo de Niños y Jovenes



Artes Academy es un programa de educación cultural en artes para niños y jovenes. El programa se especializa en teatro, danza, música, escritura creativa y artes visuales para niños/jovenes en grados del 3ro a grado 12.

La mision del programa es preveer programacion cultural educativo para niños y jovenes que construye y cultiva el desarrollo del carácter, habilidades para la vida, literatura y iniciativas de STEAM (Ciencias, Tecnologia, Ingenieria, Artes y Matematicas) necesario para que nuestros jóvenes puedan ser miembros activos de la sociedad y para nuestra comunidad atraves de la formación práctica en la educación de artes.

Unas de las habilidades que los estudiantes desarrollan o mejoran son confianza de si mismo, social, memorización, colaboración, pensamiento crítico, resolución de problemas, comunicación y liderazgo

2020 SEMESTRE DE OTOÑO FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Artes de la Rosa no discrimina de ninguna manera dentro de sus programas o actividades educativas contrarias a la ley o la justicia sobre la base de etnia, color, género, sexo, orientación sexual, edad, religión, discapacidad, condición de veterano u origen nacional.



Información de Programa



FECHAS DE REGISTRATION

Por orden de llegada (espacio limitado debido a los procedimientos de COVID-19)

* los estudiantes serán listados de espera y se les notificará si alcanzamos la ocupación máxima

FECHAS DE 2020 SEMESTRE DE OTOÑO

31 de Agosto - 19 de Noviembre / 5:00pm-7:00pm / Lunes - Jueves

Fecha de Preentación

20 y 21 de Noviembre / Horario: TBD

*Puede ser en persona o digital.

EVENTOS ESPECIALES

Dia de los Muertos Festival – Parada de Luces – Navidad on Ice

ORIENTACION DE PADRES (mandatorio)

Miercoles, 26 de Agosto: 6:00pm - 7:00pm / Reunion atraves de la plataforma ZOOM.

LUNES Y MIERCOLES

CLASE DE DANZA Y TECHNOLOGIA/ARTE DIGITAL

MARTES Y JUEVES

CLASE DE TEATRO/ESCRITURA CREATIVA Y ARTE VISUAL

HORARIO

5:00 PM – 7:00 PM

INSTRUCTORES

Sara Herrea (Danza)

COLBY CHAPA (TECNOLOGIA/ARTE VISUAL)

SIDNEY REY ALLEN (TECNOLOGIA/ARTE VISUAL)

ROB BOSQUEZ (TEATRO Y ESCRITURA CREATIVA)

JENAE BEAN (ARTE VISUAL)

JUAN VELAZQUEZ (ARTE VISUAL)



2020 SEMESTRE DE OTOÑO
FORMULARIO DE MATRICULA



Favor de llenar el formulario abajo y pagar en efectivo, cheque (para ADLR) o tarjeta de credito.

[] NUEVO ESTUDIANTE [] ESTUDIANTE DE RETORNO/AÑO _____

Nombre del Estudiante: _____ Mobile: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre de Padre(s): _____ Mobile: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Codigó Postal: _____

Telefono: _____ Edad: ____ Fecha de Nacimiento: ____ Grado: ____ M: [] F: []

Nombre de Escuela: _____ Nombre de Distrito: _____

COSTO:

[] \$195 por estudiante por 2 clases. [] \$97.50 por estudiante por 1 clase.

\$0 costo para estudiante/familias que califican (Becas disponibles. Por favor contáctenos.)

[] Marcar caja si esta aplicando por beca.

El pago ser incluido para completar el proceso de registro.

Por favor de marcar la clase(s) que desea tomar:

[] CLASE DE DANZA: LUNES Y MIERCOLES DE 5:00pm – 7:00pm

[] CLASE DE TECNOLOGÍA/ARTE DIGITAL: LUNES Y MIERCOLES DE 5:00pm -7:00pm

[] CLASE DE TEATRO Y ESCRITURA CREATIVO: MARTES Y JUEVES DE 5:00pm - 7:00pm

[] CLASE DE ARTE VISUAL: MARTES Y JUEVES DE 5:00pm - 7:00pm

Grados: 3o a 12o

Para mas información, contacte: 817.624.8333 o artes.academy@artedelarosa.org

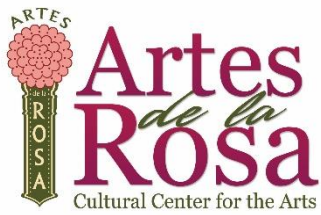
*****PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE*****

Beca Aprobada: [] Si [] No Fecha Aprobada: _____

Forma de Pago: [] efectivo, [] credito , [] cheque # _____ Fecha de Pago: _____

Cantidad: _____ Pago Recibido Por: _____

Artes de la Rosa no discrimina de ninguna manera dentro de sus programas o actividades educativas contrarias a la ley o la justicia sobre la base de etnia, color, género, sexo, orientación sexual, edad, religión, discapacidad, condición de veterano u origen nacional.



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO



_____ tiene permiso para participar en el programa Artes Academy de Artes de la Rosa.

Mi hijo(a) obedecera las reglas siguientes durante su participación en el programa premiado de ADLR.

- Llegar a tiempo antes del comienzo de clase.
- Seguir órdenes.
- Participar en todas las actividades.
- No se permite el uso de celulares (celulares serán guardados en una oficina segura hasta que se acabe la clase.)
- Respetar a los instructores y otros estudiantes.
- No se permiten padres en el edificio durante las clases.
- No se tolera la insubordinación ni el comportamiento revoltoso. Después de la reprimenda segunda, habrá una conferencia entre los padres e instructores para hablar de la disciplina. Después de la reprimenda tercera, el estudiante se expulsará del programa. (Expulsión inmediata puede pasar en situaciones específicas de la seguridad de los estudiantes.)
- Cualquier daño a los muebles, se facturará a los padres del estudiante
- No se permite que los estudiantes se vayan durante las clases (Excepto En Caso de Emergencia.)
- La asistencia es obligatoria (por favor hable con los instructores si su hijo(a) va faltar a clases.)

En la concesión de este permiso, asumo toda la responsabilidad por cualquier daño a persona o propiedad causado por mi hijo(a). Además, renuncio expresamente a cualquier reclamación de responsabilidad contra Artes de la Rosa incluyendo sus empleados y representantes. Además, acepto expresamente que, en una acción disciplinaria, según el criterio del instructor, mi hijo(a) puede regresar a casa a mi costo o se le pida que abandone el programa.

Firma de Padre/Guardian

Numero de Teléfono

Fecha



FORMULARIO DE RENUNCIA MEDIA



Autorización para contacto con los medios de comunicación

(Nombre de Estudiante)

Artes de la Rosa
(Nombre de Organización)

tiene mi permiso para ser fotografiado o grabado por:

- 1) Los empleados de ADLR, sus representantes, y/o
- 2) Los medios de comunicación (pagina de web de la organización, television, periódico, radio, revista, facebook, twitter, instagram)

Entiendo que las fotografías de ADLR pueden ser reproducidas, transmitidas, televisadas, publicadas o utilizadas en materiales que se distribuyen al publico.

Certifico que soy el padre o guardian del individuo antedicho y soy autorizada para dar el permiso y el consentimiento.

Firma de Padre/Guardian

Fecha



INFORMACION DE EMERGENCIA Y SALIDA TEMPRANO



Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direcion de Casa: _____ Ciudad: _____ Codigo Postal: _____

INFORMCION DE PADRE(S)/GUARDIAN

Nombre	Parentesco de Estudiante	Dirección	Numero de Telefono

NOMBRE DE PEDIATRA O LUGAR DE CUIDADO DE SALUD

Nombre de Doctor	Dirección	Numero de Telefono

PERSONA(S) DE CONTACTO PARA EMERGENCIA

Nombre	Parentesco de Estudiante	Dirección	Numero de Telefono

TRATAMIENTO DE EMERGENCIA MEDICA

Yo le doy a representates de Artes de la Rosa/Artes Academy permiso a administrar los primeros auxilios basicos o CPR a mi hijo(a) _____ o poner en contacto con profesionales de emergencia para mi hijo(a) _____, para tratamiento medico cuando no se puedan contactar conmigo o cuando una demora podría ser peligroso para la salud de mi hijo(a).

Firma de Padre/Guardian

Fecha

INFORMACION DE SEGURO DE SALUD (OPTIONAL)

Nombre de Compania	Numero de Póliza	Instrucciones Especiales

INFORMACION DE SALIDA TEMPRANO

Nombre de Persona	Parentesco de Estudiante	Direccion	Numero de Telefono



**Ciudad de Fort Worth
CERTIFICACIÓN DE DECLARACIÓN DE INGRESOS**



Nombre del Solicitante: _____
 Dirección de Actualidad: _____ Teléfono: _____
 Ciudad y Código Postal: _____
Nombre de niño para recibir asistencia CDBG: _____

Miembros Del Hogar e Ingresos
(Incluyendo el/la Solicitante y Niño Beneficiado)

Apellido	Nombre	Edad	Ingreso Mensual	Origen de Ingresos

* TOTAL NÚMERO DE MIEMBROS DEL HOGAR _____ (Inclúyase Usted.)

Total Anual de Ingresos del hogar: _____

** **INFORMACIÓN DEL NIÑO BENEFICIADO:** (Seleccione uno en cada artículo. Esta información es requerida por el Gobierno federal.)

- a. MASCULINO b. BLANCO NEGRO/AFRICANO AMERICANO NEGRO/AFRICANO AMERICANO & BLANCO
 FEMININO INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA ASIÁTICO
 INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA & BLANCO ASIÁTICO & BLANCO
 NATIVO HAWAIIANO/OTRO DE LAS ISLAS PACÍFICAS BALANCE/OTRO
 INDIO AMERICANO / NATIVO DE ALASKA & NEGRO/AFRICANO AMERICANO
- c. ETHNICIDAD d. INCAPACITADO e. ¿ES LA CABEZA DEL HOGAR MUJER?
 HISPANO SI SI
 NO-HISPANO NO NO

Certificación: Yo certifico que la información que yo estoy proporcionando es verdadera y puedo ser sujeto a verificación a cualquiera hora por tercera parte. Yo también reconozco que la provisión de información falsa puede dejarme sujeto a penalidades Federales, Estatales, y a ley local.

Firma del Solicitante

Fecha

ADVERTENCIA: TITULO 18, SECCIÓN 1001 DEL CODIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS INDICA QUE UNA PERSONA ES CULPABLE DE UN DELITO POR SABER Y VOLUNTARIAMENTE HACER DECLARACIONES FALSOS O FRAUDULENTAS A CUALQUIER DEPARTAMENTO DE GOBIERNO DE LOS ESTADOS UNIDOS.

-----*Para use de empleados de la agencia*-----

De Miembros de Familia: _____ Ingreso Anual: _____
 Límite de Ingreso: _____ ¿Es solicitante elegible? : _____

Compruebe si el solicitante se negó a dar su información personal o si la información es incorrecta:
 Evaluación del empleado sobre información personal: _____

Persona haciendo la determinación: _____ Fecha: _____

Note: La dirección de la casa y los ingresos (y sus orígenes) para todos miembros del hogar son requeridos.