



365 Millennium Drive, Suite A. Crystal Lake, IL 60012. Phone: 815.477.4720. Fax: 815.477-4700
www.optionsandadvocacy.org

Forma de Registro de Participante —2019-2020

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Grado _____ Género _____

Escuela: _____ Ciudad: _____

¿Recibe éste niño servicios especiales? (consejería, terapia de lenguaje, educación especial)? _____

Nombre de los padres: _____

Dirección de casa: _____

Tel. de casa: _____ Tel de trabajo: _____

Tel Celular: _____ Email(s) _____

Nombre del hermano(a) con necesidad especial _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Grado _____ Género _____

Escuela _____ Ciudad _____

¿Recibe este niño servicios especiales? (consejería, terapia de lenguaje, educación especial)? _____

Naturaleza de la necesidad especial _____

¿Tiene alguna restricción de alimentos o alergia el niño participante en Sibshop?

Nombres de otros hermanos(as)	Fecha de Nacimiento	Edad	Género
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			

¿Cuál es la razón de registrar a su hijo(a) en Sibshops?

¿Tiene alguna preocupación de registrar a su hijo(a) en Sibshops?

¿Tiene algún tema en particular que le gustaría sea discutido en Sibshops?

Por favor provee cualquier otra información que usted sienta que ayudará a hacer esta experiencia más grata y educativa para su hijo(a)

Liberación de Responsabilidad y Renuncia de Fotos/Video: Estamos complacidos de tener a su hijo como participante del programa de Options and Advocacy de Sibshops. Por favor lea cuidadosamente lo siguiente. Hemos sido aconsejados de requerir a todos los padres que deseen tener a su hijo(s) como participante que firmen una forma de liberación de responsabilidades. Al firmar usted entiende que al participar en Sibshops está usted liberando y renunciando a cualquier reclamación por lesiones que su hijo pudiera sufrir al participar en este programa. Usted también está de acuerdo en que si su hijo lastimara a otro niño (un evento poco probable) usted será responsable por el cuidado médico para el cuidado del otro niño.

“Como padre del participante del programa de Options and Advocacy de Sibshops, yo reconozco y entiendo que puede haber ciertos riesgos de lesiones físicas hacia mi hijo o hacia otro niño porque mi hijo haya lastimado al otro niño, asociado con éste programa. Yo estoy de acuerdo en renunciar a cualquier queja en contra de Options and Advocacy, que yo pudiera tener en nombre de mi hijo(a) como resultado de participar en el programa.

Por la presente yo libero y descargo totalmente a Options and Advocacy y/o Spectrum Support, sus oficiales, agentes, empleados y voluntarios, de cualquier y todas las quejas por lesiones, daño, o pérdida que mi hijo sufra como resultado de participar en Sibshops.

También estoy de acuerdo en que si mi hijo fuera causa de daños a otro niño, y una demanda fuera archivada, yo indemnizare, defenderé y mantendré inoperante a Options and Advocacy como resultado. Otorgo permiso total por el uso de cualquier fotografía, cinta de video, película de movimiento, grabaciones, o cualquier otra grabación de este programa para cualquier propósito

Nombre del Padre/ Guardián _____ Fecha _____

Firma del Padre/Guardián _____

Como cada sesión será única, le animamos a registrar a su hijo en todas las sesiones que desee. Al regresar cada mes le permitirá a su hijo hacer amistades con otros participantes y construir confianza para participar en el grupo.

Los grupos se llevarán a cabo en: El Consejo de Salud Mental de McHenry County, 620 Dakota St., Crystal Lake, IL 60012

Las fechas de Sibshops para 2018-2019 son: (por favor marque todas las que desee)

_____ 5 de Octubre, 2019 _____ 2 de Noviembre, 2019 _____ 7. de Diciembre, 2019

_____ 4 de Enero, 2020 _____ 1 de Febrero, 2020 _____ 7 de Marzo, 2020

_____ 4 de Abril, 2020 _____ 2 de Mayo, 2020

El costo de participación en Sibshops es de \$10.00 por sesión. Si usted se registra por las 8 sesiones, el costo es descontado a \$65.00. Si usted registra a más de un niño, el costo del segundo niño será descontado a la mitad. Por favor devuelva esta forma con el pago de registro a:

Options and Advocacy
Attn: Sibshops
365 Millennium Dr., Suite A
Crystal Lake, IL 60012

* Cantidad Incluida \$ _____
* Hága cheque pagable a: Options and Advocacy
* También puede pagar en línea usando PayPal en:
www.optionsandadvocacy.org

**Si a usted le gustaría que su hijo sea considerado para una beca, por favor comuníquese con Cindy Sullivan al 815-477-4720 ext. 233. Donaciones para las Becas de Sibshops son agradecidas.