



2022-2023 CONJUNTOS FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Apellido de Estudiante: _____ Primer _____ Medio: _____

Conjuntos:	MDC: Miami Dade College Kendall Campus (Domingos) University of Miami (Domingos)
<input type="checkbox"/> Young Mozarts: @MDC 12:45-2:15 PM	University of Miami: 1320 S Dixie Hwy, Coral Gables, FL 33146
<input type="checkbox"/> Strings Orchestra: @MDC 1:00-3:00PM	Miami Dade College Kendall Campus: 11011 SW 104th St, Miami, FL 33176
<input type="checkbox"/> Young Sousas: @ MDC 1:00 PM - 2:30 PM	Conjunto de Cámara
<input type="checkbox"/> Concert Band: @MDC 2:15-4:15PM	(DEBE estar en Strings Orchestra, Concert Orchestra, Symphony Orchestra)
<input type="checkbox"/> Concert Orchestra @ MDC 3:00 - 5:00 PM	<input type="checkbox"/> Estoy interesado
<input type="checkbox"/> Symphony Orchestra: @ UM 2:30 - 5:30 PM	
<input type="checkbox"/> Jazz Band: @ UM 1:00 - 2:15 PM	

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Instrumento Principal: _____ Años de estudio: _____ ¿Tomas clases particulares? Si No

Nombre del Profesor Privado: _____ Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____

Instrumento Secundario: _____ Años de Estudio: _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año): ____ / ____ / ____ Sexo: Hombre Mujer

Los últimos 4 dígitos SOLAMENTE del número de Seguro Social del estudiante: _____ No SSN Preferirse a no divulgar

ID Miami-Dade Public Schools: _____ No MDCPS ID Preferirse a no divulgar

Nombre de la Escuela que Asiste : _____ Grado: _____ Año de Graduación: _____

¿El estudiante es competente en inglés?? Si No ¿Los padres/tutores dominan el inglés?? Si No

Otro idioma (hablado en casa): Español Criollo-Haitiano Otro _____ Ninguna

Etnicidad del estudiante: Hispano Haitiano Otro (Especificar): _____

Raza: Indio Americano o de Alaska Asiático Negro o Afroamericano
 Isleño del Pacífico Blanco Otro (Especificar): _____

Información de contacto de emergencia del padre/tutor y autorización para recoger: POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

(Los niños no serán entregados a ninguna persona que no se encuentre en la lista a continuación)

	PADRE/GUARDIAN	PADRE/GUARDIAN	CONTACTO DE EMERGENCIA
Nombre Completo			
Relación			
Teléfono de casa			
Teléfono móvil			
Teléfono del trabajo			
Correo electrónico			
Alt. Email			
Dirección de casa			
Ciudad, Estado, Código Postal			
Ocupación			
Empleador			

Información Adicional de Contacto del Estudiante: (si corresponde)

Correo electrónico del Estudiante: _____ Alt. Email: _____

Información Médica del Estudiante

Indique a continuación cualquier condición médica o de comportamiento que su hijo tenga o haya tenido que deba considerarse. Indique también si su hijo tiene un mayor riesgo de contraer COVID-19 debido a alguna afección médica. Incluya cualquier medicamento que deba administrarse mientras asiste al programa (alergias, medicación actual, actividades a evitar, características/técnicas de comportamiento, etc.). Además, indique cualquier necesidad especial y/o adaptaciones necesarias que nuestro personal deba conocer para brindar la mejor atención posible. Si necesita más espacio, adjunte cualquier información/formularios médicos pertinentes. **Si ninguno, por favor escriba N/A.**

Nombre del Médico de Atención Primaria: _____ #: _____

Verificación Médica y Consentimiento

Por la presente doy permiso a los médicos seleccionados por GMYS para solicitar radiografías, pruebas de rutina y tratamiento para la salud de mi hijo en caso de que no puedan comunicarse conmigo en caso de emergencia. Doy permiso al médico para hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado y ordenar inyecciones y/o anestesia y/o cirugía para mi hijo. Doy fe de que el participante es físicamente capaz de participar en todas las actividades planificadas y organizadas por GMYS y que la condición física del participante ha sido verificada por un médico con licencia, y damos nuestro consentimiento para cualquier tratamiento médico necesario para el participante en caso de una emergencia. Entiendo, como tutor legal del participante, que las actividades involucran riesgos y, por la presente, asumo voluntariamente todos y cada uno de los riesgos, como lesiones causadas por la negligencia de GMYS y/o sus voluntarios, consultores y funcionarios. Mi seguro personal es el principal responsable en caso de accidente.

PADRE/GUARDIAN FIRMA: _____

FECHA: _____

¿Tiene el estudiante actualmente seguro médico? (ej. seguro privado, KidCare, Medicaid)? Si No

Número de niños que viven en el hogar, incluido el estudiante: _____

¿Es el estudiante dependiente de una familia militar?? Si No

(Un miembro de la familia del estudiante es: 1) un miembro en servicio activo de los servicios uniformados; 2) un miembro de la Guardia Nacional o reservas; 3) un miembro o veterano que resultó gravemente herido y dado de alta médicamente o jubilado; 4) un miembro asesinado en el cumplimiento del deber.

¿El estudiante tiene una discapacidad? Si No

En caso afirmativo (marque todas las que correspondan):

(Información necesaria para los fines de la subvención; proporcione a GMYS una copia de cualquier documentación).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Individual Education Plan (IEP) | <input type="checkbox"/> Diagnóstico médico de un médico |
| <input type="checkbox"/> Section 504 Plan | <input type="checkbox"/> Physical Disability |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico por un profesional certificado/licenciado por el estado (p. ej., psicólogo) | |
| <input type="checkbox"/> Divulgación por parte del padre o tutor que describe la condición específica del niño y/o la necesidad de adaptaciones | |
| <input type="checkbox"/> Desórdenes del Espectro Autista | <input type="checkbox"/> Discapacidad del Habla/Lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Condición Médica Crónica | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual (o ciego) |
| <input type="checkbox"/> Trastorno emocional/conductual | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva (o sordera) | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual (o RM) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de Aprendizaje | |
| <input type="checkbox"/> Otra Discapacidad: _____ | <input type="checkbox"/> Información adicional: _____ |

En caso afirmativo, ¿cómo clasificaría mejor los tipos de discapacidad? En caso afirmativo, marque todas las que correspondan.

- Trastornos del Espectro Autista
- Condición Médica Crónica
- Trastorno Emocional/Conductual
- Deficiencia Auditiva (o sordo)
- Discapacidad Intelectual (o MR)
- Discapacidad de Aprendizaje
- Discapacidad física
- Discapacidad del hablar/lenguaje
- Discapacidad visual (o ciego)
- ADD/ADHD
- Otra discapacidad: _____

PERMISO DE TRANSPORTE

Formulario completo de consentimiento de los padres/tutores y exención de responsabilidad

Yo, ((Padre/Guardian)) _____ Conceder permiso para mi hijo _____

para ser transportado en un vehículo de motor conducido o contratado por GMYS, un servicio de autobús aprobado por MDCPS o una camioneta del programa conducida por un empleado de GMYS. Entiendo que se espera que mi hijo siga todas las leyes aplicables con respecto a viajar en un vehículo motorizado y que siga las instrucciones proporcionadas por el conductor y/u otros miembros adultos del personal o voluntarios. Acepto en nombre mío, de mi hijo nombrado en este documento, de nuestros herederos y sucesores y cesionarios eximir de toda responsabilidad y defender a GMYS, sus funcionarios, directores y agentes, y cualquier agencia de financiación, de todas y cada una de las acciones, reclamos, demandas, daños, costos, gastos y todos los daños consecuentes que surjan o estén relacionados con el transporte de mi hijo por parte de empleados de GMYS o un servicio de autobús aprobado por MDCPS. términos.

Autorización para Caminar a Casa: (Días): _____ Horarios Exactos: _____

PADRE/GUARDIAN FIRMA: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA FOTOGRAFÍA/VIDEO

Yo, _____, el padre o guardian de _____,

por la presente autorizo y doy mi consentimiento a GMYS para tomar/utilizar fotografías fijas, fotografías digitales, películas, transmisiones de televisión y/o grabaciones en video (en adelante, "Grabaciones") de mí, mis hijos o mis pupilos con fines educativos, de investigación, documentales, y fines de relaciones públicas. Cualquier Grabación de este tipo puede revelar su identidad a través de la imagen misma sin compensación alguna para usted, sus hijos o pupilos. Todas y cada una de las Grabaciones tomadas de usted, sus hijos o pupilos serán propiedad exclusiva de The Children's Trust. Con respecto al uso de las Grabaciones tomadas de usted, sus hijos o pupilos, por la presente renuncia a todos y cada uno de los reclamos presentes y futuros que pueda tener contra GMYS y su personal, empleados, afiliados y miembros de la Junta.

PADRE/GUARDIAN FIRMA: _____ FECHA: _____

Queremos conocer mejor a su hijo para poder brindarle la mejor experiencia posible en nuestros programas. Cuéntenos más sobre su hijo...

¿Cuáles son las principales formas en que su hijo se comunica? (Marque todo lo que corresponda)

- Habla y se le entiende fácilmente
- Habla pero es difícil de entender
- Usa dispositivos de comunicación como imágenes o una pizarra
- Usa gestos o expresiones como señalar, jalar, sonreír, fruncir el ceño o parpadear
- Usa lenguaje de señas
- Usa sonidos que no son palabras como reír, llorar o gruñir

¿Qué ayuda, si alguna, recibe su hijo en este momento? (Marque todo lo que corresponda)

- Servicios o terapia conductual
- Fisioterapia (PT)
- Consejería para problemas emocionales
- Servicios de educación especial en la escuela
- Medicación diaria (sin incluir vitaminas)
- Terapia del habla/lenguaje
- Terapia ocupacional (OT)
- Ninguno de los anteriores

¿Qué condiciones tiene su hijo que se espera que duren un año o más? (Marque todo lo que corresponda)

- Trastorno del espectro autista
- Discapacidad física o impedimento
- Retraso en el desarrollo (solo si es menor de 5 años)
- Problemas con la agresión o el temperamento
- Discapacidad intelectual/del desarrollo (mayores de 5 años)
- Problemas de atención e hiperactividad (TDAH)
- Problemas de depresión o ansiedad
- Discapacidad auditiva o sordera
- Condición del habla o del lenguaje
- Discapacidad de aprendizaje (edad escolar)
- Discapacidad visual o cieguera
- Condición médica o enfermedad
- Ninguno de los anteriores

Si marcó "Ninguna de las anteriores" en la pregunta anterior, omita las siguientes dos preguntas y firme a continuación.

Si marcó alguna otra respuesta en la pregunta anterior, responda las preguntas restantes y firme a continuación.

¿Alguna de las condiciones marcadas anteriormente le dificulta a su hijo hacer cosas que otros niños de la misma edad pueden hacer? Sí No

Para apoyar la participación exitosa de su hijo en este programa, ¿en qué áreas podría necesitar ayuda adicional?

- No necesita ayuda específica
- Sostener un crayón/lápiz, escribir, usar tijeras u otras tareas de motricidad fina
- Deportes o actividades físicas como correr u otras tareas motoras gruesas
- Manejo de sentimientos y comportamiento
- Actividades académicas, de aprendizaje o de lectura
- Adaptar las actividades para tener en cuenta una discapacidad visual o auditiva
- Usar dispositivo(s) de asistencia como una silla de ruedas, muletas, aparato ortopédico o andador
- Servicios personales como ayuda para comer, ir al baño o cambiarse de ropa
- Otro _____

¿Está su hijo en el Sistema de Dependencia?

- Sí
- No

¿Está su hijo en el Sistema de Delincuencia?

- Sí
- No

Díganos cualquier otra cosa que crea que es importante que sepamos sobre su hijo:

Si está interesado en otros servicios financiados por The Children's Trust, llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org. Para recursos de necesidades especiales para su hijo, visite www.advocacynetwork.org o www.thechildrenstrust.org/cwd
Doy mi permiso para que esta información se envíe a The Children's Trust para la calidad y evaluación del programa.
propósitos The Children's Trust proporciona fondos para el programa.

PADRE/GUARDIAN FIRMA _____

FECHA _____

■ **CUOTA DE ADMINISTRACIÓN NO REEMBOLSABLE: \$60 por Estudiante**
Nota: Todas las solicitudes deben incluir esta tarifa, independientemente de la solicitud de ayuda financiera/beca.

\$ 60.00
 Cuota de inscripción

■ **MATRÍCULA DE CONJUNTO:**

- Young Mozarts **\$450**
- Young Sousas **\$450**
- Strings Orchestra **\$450**
- Concert Band **\$450**
- Concert Orchestra **\$450**
- Symphony Orchestra **\$550**
- Jazz Band **\$450**

\$ _____

- Marque aquí si opta por el Plan de Pago (Nota: Cargo adicional de \$25)
- Marque aquí si solicita asistencia financiera

(Se debe adjuntar la declaración de impuestos más reciente)

\$ _____

■ **DESCUENTO PARA HERMANOS:**

- Marque aquí si inscribe a un hermano en **CONJUNTOS: (deduzca \$50 por familia no hermano)**

- (\$) _____

■ **2022-23 Camisa: \$20 cada uno**

Talla: YS YM YL AS AM AL AXL A2XL

\$ _____

■ **OPCIONAL Optar por no participar en el voluntariado 10 horas: tarifa de \$100 por familia**

\$ _____

■ **DONACIÓN OPCIONAL**

- Me gustaría donar para la matrícula de un estudiante necesitado

\$ _____

El pago vence al enviar este formulario de registro, a menos que se solicite ayuda financiera y también se envíe una copia de la declaración de impuestos más reciente. Los estudiantes **DEBEN** estar registrados y pagados antes de participar en cualquier evento, clase o ensayo de GMYS.

TOTAL DEBIDO:	\$ _____
PAGO TOTAL :	\$ _____
FECHA: _____	Cheque: _____

No se otorgarán reembolsos ni cambios de matrícula por cancelaciones de clases debido a COVID-19 o cualquier circunstancia fuera del control de GMYS. Si las clases en persona deben cancelarse o posponerse, las opciones de clases virtuales estarán disponibles para todos los estudiantes.

FOR OFFICE USE ONLY: FA award (-) \$ _____

Estoy interesado en obtener más información para el Consejo de Liderazgo Juvenil de GMYS (se requiere una solicitud adicional)

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Todas las clases están sujetas a cancelación según la financiación y la inscripción. Se darán reembolsos por cualquier cancelación por parte de GMYS.

Envíe por correo electrónico o envíe los formularios de registro y el pago a:

Maya Fisher mfisher@gmys.org
 Greater Miami Youth Symphony (GMYS)
 5275 Sunset Drive, Miami, FL 33143

¿PREGUNTAS? Llame a GMYS al 305-667-4069 o visite www.gmys.org

Doy mi permiso para que esta información se envíe a The Children's Trust para fines de seguimiento y evaluación del programa. The Children's Trust proporciona fondos para el programa. Entiendo que toda mi información permanecerá confidencial y GMYS la protegerá adecuadamente. Ninguno de mis datos será entregado a terceros sin mi consentimiento previo.

PADRE/GUARDIAN FIRMA: _____

FECHA: _____

GREATER MIAMI YOUTH SYMPHONY

Acuerdo de Participación de los Padres

Greater Miami Youth Symphony (GMYS) es una organización sin fines de lucro apoyada por los padres de los estudiantes inscritos en GMYS. La participación y el apoyo de los padres son extremadamente valiosos y esenciales para el éxito de GMYS. Lea y acepte los siguientes requisitos al inscribir a un estudiante en el GMYS:

GMYS siempre ha sido en esencia una organización administrada por padres. Además de las obligaciones obligatorias de los padres descritas anteriormente, se requiere que al menos un padre de cada familia sea voluntario al menos 10 horas por año para la organización, o que done \$100 para optar por no participar en la obligación de 10 horas de voluntariado. Las horas de voluntariado se registrarán en cada conjunto y pueden incluir, entre otras, las siguientes actividades:

- Aplicar para participar en la Junta Directiva de GMYS, o en cualquier comité de la junta. (Espacio limitado disponible)
- Participar activamente como enlace de padres de Ensemble
- Ofrézcase como voluntario para ayudar con cualquier otra tarea organizativa, como oficina, biblioteca de música, reparaciones, redes sociales, publicidad, marketing, sitio web, tecnología, etc. (según lo solicite y supervise el Director Ejecutivo o el presidente del comité)
- Utilizar cualquier otra habilidad única y/o valiosa que pueda promover el mejoramiento de la organización (según lo coordinado y supervisado por el Director Ejecutivo)
- Asistir en la oficina administrativa según lo coordinado y supervisado por el Director Ejecutivo)
- Comprar o solicitar un anuncio para el cartel de la temporada de GMYS
- Recolección de artículos para rifas de conciertos.

He leído y comprendo los requisitos de apoyo y participación de los padres. Estoy de acuerdo con las horas de voluntariado como se indica, y comprendo que si no puedo ofrecer mi tiempo como voluntario, pagaré una tarifa de \$100 para optar por no cumplir con el requisito de 10 horas. El acuerdo es por familia, no por estudiante. Las familias que paguen la tarifa de \$100 serán reconocidas como donantes en GMYS Playbill.

Prefiero pagar \$100 para optar por no cumplir con el requisito de 10 horas de voluntariado. Por favor haga el cheque a nombre de GMYS. (Por favor inicial) _____

Contrato de Estudiante de Asistencia al Conjunto

La asistencia a TODOS los ensayos y conciertos es vital para el éxito del programa GMYS. La verdadera experiencia musical y educativa de la organización depende de tener a todos los niños en cada ensayo. Los estudiantes deben llegar 15 minutos antes del inicio programado de cada ensayo para afinar y calentar. Los ensayos terminarán en la fecha prevista a menos que se notifique lo contrario. Informe todas las ausencias con anticipación a la oficina de GMYS (305) 667-4069 o por correo electrónico a info@gmys.org. Las ausencias injustificadas son aquellas ausencias que no se informan a GMYS antes del ensayo, excluyendo emergencias y circunstancias atenuantes. Los estudiantes con más de dos ausencias injustificadas en un semestre no serán elegibles para presentarse en los conciertos de diciembre o mayo, no podrán solicitar empleo en campamentos de verano, no serán elegibles para becas actuales y futuras de GMYS y no recibirán asistencia comunitaria. horas de servicio de GMYS. Los estudiantes con una ausencia injustificada a un concierto serán despedidos de GMYS. El uso de teléfonos celulares u otros dispositivos electrónicos está estrictamente prohibido durante el tiempo de ensayo. Los estudiantes pueden ser puestos en período de prueba por las siguientes razones. El director del conjunto establecerá los términos de la prueba.

- Estudiantes que no fueron elegibles para presentarse en un concierto debido a la asistencia
- Tardanza o ausencia del ensayo general
- Tardanzas excesivas (más de tres) a los ensayos semanales
- Comportamiento inapropiado que incluye pero no se limita a: falta de respeto, interrupción excesiva, uso no autorizado del teléfono celular, etc.

Cualquier estudiante puesto en período de prueba puede ser declarado no elegible para avanzar a la siguiente orquesta, es decir, un estudiante de Concierto con mala asistencia podría no ser elegible para una audición para Sinfonía. Los asientos pueden verse afectados por cualquier ausencia injustificada o tardanza y también pueden verse afectados por la libertad condicional. Los estudiantes son responsables de registrarse en los ensayos con el personal designado. Los estudiantes con asistencia perfecta serán elegibles para varios obsequios u honores. Las cancelaciones de ensayos por parte de GMYS debido a condiciones climáticas severas se publicarán en el sitio web y se registrarán en el teléfono de la oficina. Los ensayos generales para los conciertos se llevarán a cabo el día de cada concierto antes de la presentación. Estos ensayos son la única oportunidad para que cada orquesta se adapte a la acústica y logística del escenario. También brinda una oportunidad vital para que cada jugador experimente el lugar en el que se llevará a cabo el concierto. Tenga en cuenta que:

- **Los Ensayos Generales y los Conciertos son obligatorios. *Sujeto a cambios***
- **Cualquier persona que se pierda el ensayo general no podrá actuar en el concierto..**
- **La ausencia injustificada de un ensayo general o concierto puede resultar en el despido de GMYS por el resto del año.**

LA VESTIMENTA DE CONCIERTO SE APLICA Estrictamente. El incumplimiento puede resultar en la pérdida de privilegios del artista intérprete o ejecutante, a discreción del Director.

- La vestimenta para el concierto será determinada por el conjunto.

***Las horas de servicio comunitario solo se otorgarán al final de los semestres de otoño y primavera.**

FIRMA DE ESTUDIANTE

FIRMA DE PADRE

FECHA



Yo, como padre o guardian legal del estudiante _____, reconozco que la pandemia de COVID-19 está ocurriendo ahora y puede continuar siendo un peligro grave durante todo el término del programa para el cual ahora me estoy registrando. Reconozco que tengo la opción de seleccionar un programa completamente en línea. Si elijo que mi estudiante asista a clases o eventos en persona, me aseguraré de que siga todos los protocolos de seguridad de enfermedades creados por GMYS para este programa; además, informaré inmediatamente a GMYS si presenta síntomas de enfermedad o ha estado expuesto a una persona infectada con COVID-19, y seguiré las instrucciones de GMYS con respecto a su futura asistencia. Para todos los eventos en persona, asumo el riesgo de contagio y acepto liberar, eximir de responsabilidad, defender e indemnizar a la Sinfónica Juvenil del Gran Miami del Condado de Dade, Florida, Inc., así como a las instalaciones utilizadas y a todo su personal. , agentes, gerentes, directores y funcionarios de y de cualquier responsabilidad por la enfermedad de COVID-19 o consecuencias relacionadas, incluidas las reclamaciones que actualmente se desconocen pero que pueden surgir en el futuro, y cualquier reclamación de supuesta negligencia por parte del liberado.

E leído y entendido los procedimientos de limpieza/saneamiento y cancelación de GMYS como se describe en el sitio web www.gmys.org

Firma _____

Nombre _____

Fecha _____