



Бесплатные уроки танцев после уроков



Каждый цикл занятий длится 8 недель, таким образом ученики получают восемь часов факультативных танцевальных занятий.

На этой программе учащиеся оттачивают свои танцевальные технические и творческие навыки. Участники программы смогут ознакомиться с различными стилями танцев, такими как балет, джаз, современный танец, хип-хоп и даже народные танцы, например мексиканские. Учащиеся не только изучают технику танца, но у них также будет возможность придумывать танцы с другими учениками. Учеников побуждают к совместной работе во время изучения и постановки различных движений в танце. Ученикам предоставляется удивительная возможность поработать вместе с учениками других школ, которые разделяют их любовь к танцу. В конце цикла ученики получают возможность показать своим семьям, чему они научились, и выступить перед настоящими зрителями.

На программу приглашаются учащиеся 3-8 классов. Классы проводятся в течение одного часа раз в неделю. Одежда для класса должна быть удобной и позволять ученикам свободно двигаться. Специальная обувь необязательна.

Даты осенних занятий:

Среда, 22 сентября 2021 года – 10 ноября 2021 года
5:00 - 6:00 вечера

В школе: *Vancouver School of Arts and Academics*

Даты зимних занятий:

Среда, 26 января 2022 года – 16 марта 2022 года
5:00 - 6:00 вечера

В школе: *Vancouver School of Arts and Academics*

Заинтересованные в этой программе могут подать **Заявление и Согласие на оказание медицинской помощи к пятнице 14 декабря 2022 года**. Семьи получат подтверждение и подробную информацию о посещаемости, форме одежды и т.д. по электронной почте.

Отослать по почте по адресу:

*Barb Nelson/Libby Odren,
JPC Visual and Performing Arts
2901 Falk Rd, Vancouver, WA 98661*

ИЛИ

Ученик должен положить заявление в специальный ящик в офисе школы для того, чтобы школа могла передать это заявление в офис VAPA в JPC

ИЛИ

Пошлите электронное сообщение:
*Barb Nelson - barb.nelson@vansd.org
Libby Odren - libby.odren@vansd.org*

Вопросы: **Traci Young** - traci.young@vansd.org

Занятия танцами после уроков осенью и зимой

• Пожалуйста, пишите печатными буквами •

Имя, фамилия учащегося: _____

Имя, фамилия родителя/опекуна _____

Школа, посещаемая в настоящее время: _____

Класс: _____

Домашний адрес: _____

Основной номер телефона: _____

Адрес электронной почты (Email): _____

Лицо, к которому можно обратиться в случае критической ситуации (кроме родителя): _____

Кем приходится ученику: _____

По какому номеру телефона лучше звонить: _____

Отметьте только один период занятий (**Оба цикла одинаковые**):

Осенний цикл (22 сентября - 10 ноября 2021 года)

Для мальчиков Для девочек

Смешанная группа

ИЛИ

Зимний цикл (26 января - 16 марта 2022 года)

Для мальчиков Для девочек

Смешанная группа

(Заполните Разрешение/Медицинскую форму на обратной стороне)





**ВАНКУВЕРКИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ШКОЛЫ
СОГЛАСИЕ НА УЧАСТИЕ В
ТАНЦЕВАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ПОСЛЕ УРОКОВ
СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**



НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ (-АЯСЯ) НАСТОЯЩИМ ДАЁТ РАЗРЕШЕНИЕ

Официальные имя/фамилия ученика(-цы): _____

посещать **Танцевальные занятия после школы**. Эти занятия будут проходить: **с сентября 2021 года – по март 2022 года**.

Согласие на оказание медицинской помощи

Я даю разрешение оказывать неотложную медицинскую помощь и неотложное лечение моему сыну/дочери в моё отсутствие. Все обоснованные усилия будут приложены к тому, чтобы сообщить мне, если такие действия будут необходимы.

СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ

ПРЕДПОЧИТАЕМЫЙ ГОСПИТАЛЬ

НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВКИ

ГРУППА/НОМЕР НА КАРТОЧКЕ

Если вашему ребёнку необходимо принимать лекарство по рецепту, форма «Разрешение на приём лекарств в школе» (прилагается) должна быть заполнена и подписана медицинским работником и родителем/опекуном. Если ребёнку будет необходим приём лекарства, продаваемого без рецепта, обратитесь к школьной медсестре за разъяснением.

ПРИНИМАЕТ ЛИ ВАШ РЕБЁНОК КАКОЕ-ЛИБО ЛЕКАРСТВО? _____ Если да, перечислите: _____
ЕСТЬ ЛИ У ВАШЕГО РЕБЁНКА КАКИЕ-ЛИБО ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ, О КОТОРЫХ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ УЧИТЕЛЬ? _____

Я ПОНИМАЮ, ЧТО МОЙ РЕБЁНОК БУДЕТ НАХОДИТЬСЯ ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ ПЕРСОНАЛА ШКОЛЫ, И ЧТО ВСЕ СИЛЫ БУДУТ ПРИЛОЖЕНЫ К ТОМУ, ЧТОБЫ ОБЕСПЕЧИТЬ БЕЗОПАСНОСТЬ УЧАЩИХСЯ.

Я ПРИМУ НА СЕБЯ ФИНАНСОВУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕОТЛОЖНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МОЕГО РЕБЁНКА.

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА

ДАТА

ИМЯ/ФАМИЛИЯ ЛИЦА, К КОТОРОМУ СЛЕДУЕТ
ОБРАТИТЬСЯ В КРИТИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

ТЕЛЕФОН /КЕМ ПРИХОДИТСЯ РЕБЁНКУ

ВНИМАНИЕ: ЭТА ФОРМА ДОЛЖНА БЫТЬ ПОДПИСАНА И ВОВРАЩЕНА В ШКОЛУ ДО УКАЗАННОГО ДНЯ НАЧАЛА ПОСЕЩЕНИЯ ПРОГРАММ.

(Заполните регистрационную форму на обратной стороне) →