



Es tiempo de inscribirse en las
**¡Clases de Banda y Orquesta para el
 año escolar 2024-2025!**

Estudiantes que ingresarán al grado 5 y Padres de Familia, nos complace invitar a todos los estudiantes que ingresarán al grado 5 a participar en el Programa Instrumental para el año escolar 2024/2025.

Este programa que **dura todo el año escolar**, se ofrece dos veces por semana, de 3:15 pm 4:00 pm, comenzará el 1 de octubre de 2024 y terminará el 30 de mayo de 2025. **Los autobuses escolares transportarán a los estudiantes de su escuela primaria a la escuela preparatoria donde recibirán las clases instrumentales.** Los padres de familia necesitarán recoger a sus estudiantes después de la clase.

Tres diferentes escuelas preparatorias ofrecerán el programa a todos los estudiantes del grado 5: Columbia River, Fort Vancouver y Skyview. Todas las clases instrumentales son enseñadas por maestros titulados del Distrito Escolar "Vancouver Public Schools" y se ofrecen gratuitamente a los estudiantes que están inscritos actualmente en el Distrito Escolar "Vancouver Public Schools".

Clase de Banda: Clarinete, Flauta, Trombón, Trompeta
Clase de Orquesta: Violonchelo, Viola, Violín

Los formularios de inscripción y autorización de participación y tratamiento médico deberán entregarse a más tardar el **jueves, 23 de septiembre de 2024.**

Escaneé y envíe por correo electrónico a:
Libby.Odren@vansd.org

O
El estudiante entregará la solicitud de inscripción en la oficina de su escuela para ser enviada por correo interno a la Oficina de VaPA en JPC.

O
Envíe por correo a:
Libby Odren,
Visual and Performing Arts - JPC
2901 Falk Rd, Vancouver, WA 98661

Los padres de familia/estudiantes necesitarán asistir al **Evento Informativo el jueves, 23 de septiembre 2024, de 6:30 – 7:30 p.m. en la Escuela Preparatoria Fort Vancouver, 5700 E 18th Street, Vancouver, WA 98661.**

Banda y Orquesta

Estudiantes del Grado 5 - Clases durante todo el año

• *Letra de imprenta por favor* •

Nombre del Estudiante: _____

Nombre (s) de los Padres de Familia/Tutor: _____

Escuela a la que asiste actual mente: _____

Nivel de grado actual: _____

Domicilio: _____

Número de contacto preferido: _____

Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia (además del padre de familia): _____

Nombre y relación con el estudiante : _____

Número de contacto más conveniente : _____

Indique la clase y lugar que solicita:

Banda	Orquesta
Clarinete, Flauta, Trombón, Trompeta	Violonchelo, Viola, Violín

- | | |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Columbia River | Banda 3:15 p.m. a 4:00 p.m. |
| <input type="checkbox"/> Columbia River | Orquesta 3:15 p.m. a 4:00 p.m. |
| <input type="checkbox"/> Fort Vancouver | Banda 3:15 p.m. a 4:00 p.m. |
| <input type="checkbox"/> Fort Vancouver | Orquesta 3:15 p.m. a 4:00 p.m. |
| <input type="checkbox"/> Skyview | Banda 3:15 p.m. a 4:00 p.m. |
| <input type="checkbox"/> Skyview | Orquesta 3:15 p.m. a 4:00 p.m. |
| <input type="checkbox"/> Nosotros llevaremos a nuestro hijo a la siguiente escuela: | |

(Por favor, complete el formulario de consentimiento y el formulario médico en el reverso) →

“VANCOUVER PUBLIC SCHOOLS”
AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN
EL PROGRAMA INSTRUMENTAL DEL GRADO 5
FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO

EI ABAJO FIRMANTE DA PERMISO Y AUTORIZA QUE

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE: _____ ASISTA AL **PROGRAMA INSTRUMENTAL DEL 5° (QUINTO) GRADO.**
FECHAS DE ASISTENCIA: **1 de octubre de 2024 a 30 de mayo 2025**

Consentimiento para Tratamiento Médico

Esto es para autorizar cuidado médico de emergencia y tratamiento para mi hijo/a en mi ausencia. Se harán todos los esfuerzos necesarios para contactarme si tal acción es necesaria.

MÉDICO FAMILIAR

HOSPITAL DE PREFERENCIA

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO

GRUPO/NÚMERO

Si su niño necesita traer medicamentos recetados, tendrá que entregar la forma de Autorización para Tratamiento Médico (adjunta) llenada y firmada por el proveedor de cuidados de la salud y el padre de familia/tutor. Para medicamentos sin receta médica, favor de consultar con la enfermera de la escuela para conocer el procedimiento a seguir.

¿TOMA SU HIJO ALGÚN MEDICAMENTO? _____ Si su respuesta es afirmativa, anote todos:

¿SU HIJO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD DEL CUAL EL MAESTRO DEBA ESTAR ENTERADO? _____

ENTIENDO QUE EL ESTUDIANTE SERÁ SUPERVISADO POR LAS AUTORIDADES ESCOLARES Y QUE SE HARÁ TODO LO POSIBLE PARA ASEGURAR LA SEGURIDAD DE LOS ESTUDIANTES.

ASUMIRÉ LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA POR EL TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA DE MI HIJO.

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA/TUTOR

FECHA

NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

TELÉFONO/PARENTESCO

NOTA: ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEBERÁ FIRMARSE Y DEVOLVERSE A LA ESCUELA ANTES DE LAS FECHAS INDICADAS ARRIBA.

(Por favor, complete el formulario de inscripción en el reverso) →