



## Sesiones Gratuitas de Baile después de clases



Cada sesión dura ocho semanas, por lo que los estudiantes reciben ocho horas de educación extraescolar de danza. Durante el programa, los estudiantes perfeccionan sus habilidades técnicas y creativas como bailarines. Los estudiantes en el programa pueden aprender estilos específicos de baile como ballet, jazz, moderno, hip hop e incluso estilos de baile cultural como el folklórico mexicano. No sólo exploran los estudiantes la técnica del baile, sino que también tienen la oportunidad de crear bailes con otros estudiantes. Se anima a los estudiantes a colaborar mientras exploran y realizan coreografías basadas en diversos estímulos. Es una experiencia increíble para los estudiantes trabajar con estudiantes de otras escuelas que comparten su amor por el baile.

Al final de las sesiones, los estudiantes tienen la oportunidad de mostrar a sus familias lo que aprendieron y ante un público real.

El programa se ofrece a los estudiantes en los grados 3ero al 8vo. Las clases son de una hora, una vez a la semana. Los estudiantes deben usar ropa cómoda que les permita moverse libremente. No se necesitan zapatos especiales para bailar, pero los estudiantes pueden usarlos si lo desean.

### Fechas de las sesiones de invierno:

Miércoles, 26 de enero de 2022 – 16 de marzo de 2022

5:00 - 6:00 pm

En la Escuela Vancouver School of Arts and Academics

Para solicitar ingreso, todos los estudiantes y padres interesados, deben presentar una forma de solicitud y consentimiento/médico antes del viernes, 14 de enero de 2022. Las familias recibirán un correo electrónico de confirmación con más detalles sobre la asistencia, vestimenta, etc. **Envíelo por correo a:**

Barb Nelson-Libby Odren  
JPC– Visual and Performing Arts  
2901 Falk Rd, Vancouver, WA 98661.

O

El estudiante puede entregar la solicitud en la oficina de la escuela para que sea enviada via correo Interno a la Oficina VaPA en "JPC"

O

Por correo electrónico a:

Barb.Nelson - barb.nelson@vansd.org

Libby Odren—libby.odren@vansd.org

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

## Sesiones de Baile después de clases en el Otoño e Invierno

• Favor de usar letra de imprenta •

Nombre del Estudiante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre (s) del Padre de Familia/Tutor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Escuela a la que asiste actualmente : \_\_\_\_\_

Grado actual : \_\_\_\_\_

Dirección de la casa : \_\_\_\_\_

Número de contacto más conveniente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (además del padre de familia): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Relación con el estudiante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de contacto más conveniente : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sesión de Invierno (26 de enero - 16 de marzo de 2022)

***(Favor de completar la Forma de Consentimiento para Participación y Tratamiento Médico en el reverso) →***



**“VANCOUVER PUBLIC SCHOOLS”  
AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN  
SESIONES DE BAILE DESPUÉS DE CLASES  
FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO**



EI ABAJO FIRMANTE POR LA PRESENTE DA PERMISO Y AUTORIZA

Nombre Legal del Estudiante:

---

Asistir a las **Sesiones de Baile después de Clases**, Fechas de Asistencia: Entre **septiembre de 2021 y marzo de 2022**.

**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 SEGUROS

\_\_\_\_\_  
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, por favor enumérelos: \_\_\_\_\_

¿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 DEL ESTUDIANTE.

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/RELACIÓN