



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 —2023-2024

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.

Este grupo está abierto para el registro y ocurrirá siempre y cuando podamos reunirnos de manera segura de acuerdo con la CDC y el Departamento de Salud del Condado de McHenry.

Las fechas de Sibshops para 2023-2024 son: (por favor marque todas las que desee)

\_\_\_\_\_ 2 de Septiembre, 2023      \_\_\_\_\_ 7 de Octubre, 2023      \_\_\_\_\_ 4 de Noviembre, 2023  
\_\_\_\_\_ 2 de Diciembre, 2023      \_\_\_\_\_ 6 de Enero, 2024      \_\_\_\_\_ 3 de Febrero, 2024  
\_\_\_\_\_ 2 de marzo, 2024      \_\_\_\_\_ 4 de Mayo, 2024

El costo de participación en Sibshops es de \$5.00 por cada sesión. Puede enviar un solo cheque para todas las fechas del grupo si sabe que su hijo participará cada mes. Reimbosos no se haran si falta sesiones. Si tu registras mas de un niño, el costo para el segundo niño es descontado por la mita (\$2.50 poer sesión). Por favor de regresar formas con el costo de registracion a “

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

\* Cantidad Incluída \$ \_\_\_\_\_ # de cheque \_\_\_\_\_  
\* Hága cheque pagable a: Options and Advocacy  
\* También puede pagar la tarifa de registro cuando llegue.

\*\*Si a usted le gustaría que su hijo sea considerado para una beca, por favor comuníquese con Winter Noe al 815-477-4720 ext. 230. Donaciones para las Becas de Sibshops son agradecidas.