

Aplicación del Programa de Arte Después de la Escuela Primavera 2018



edades 11-13

8 semanas (16 de Abril - 7 de Junio)

3:30-5:30pm

Lunes-Jueves

Los estudiantes pueden explorar una variedad de materiales y técnicas en estas clases específicas. Nuestro término de otoño ofrece composición de música digital los Lunes, realidad virtual pintura digital los Martes, la cerámica los Miercoles, y fotografía los Jueves cada semana por 8 semanas.

Los estudiantes pueden elegir una o más clases/días de la semana para asistir. Proyectos completados por estudiantes de cada clase estarán en exhibición Noche de Arte Familiar, en la noche del 7 de Junio.

Sección A Información de Clases

Por favor, compruebe los cursos a los que la gustaría asistir. Los estudiantes pueden elegir más de un día.

Lunes / composición de música digital

Miércoles / realidad virtual y pintura digital

Martes / dibujo

Jueves / pintura y diseño

Sección B Información del Estudiante

Nombre de Estudiante: _____

Hombre Hembra Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Escuela: _____ Grado: _____

Etnicidad (opcional) Blanco Negro Hispano Asiático/Isleño Pacifico Indio Americano

Dirección del domicilio: _____

Cuidad / Estado / Código Postal: _____

Sección C Información del Padre/Guardián

Nombre(s): _____

Telefono (domicilio): _____ Telefono (trabajo): _____

Telefono (celular): _____

Correo electrónico: _____

Nombre de un contacto en caso de emergencia: _____

Relación: _____ Telefono (domicilio): _____

Telefono (trabajo): _____ Telefono (celular): _____

Section D Misc. Information

Alergias: Su hijo algun tipo de alergia? Sí No

En caso afirmativo, que tipo: _____

Necesidades especiales: Tiene necesidades especiales de que los instructores deben ser conscientes su hijo?

Sí No

En caso afirmativo, que tipo: _____

Fotografía y video: GoggleWorks se reserva el derecho de utilizar fotografías de los estudiantes para la comercialización y promoción del centro de artes en forma impresa y en línea. Marque esta casilla si no desea que su hijo sea fotografiado.

No, no quiero que mi hijo sea fotografiado.

He leído y acepto todas las políticas y procedimientos de A.S.A.P.

Nombre del Padre/Guardián legal (en letra de molde): _____

Firma del Padre/Guardián legal: _____ Fecha: _____

Por favor regrese a:

GoggleWorks Center for the Arts / attn: A.S.A.P.
201 Washington Street
Reading, PA 19601