



Dónde:
Cuándo:
Notas:

Información del niño (obligatorio*)

Nombre* Apellido* Fecha de nacimiento*

¿Su hijo tiene un autoinyector de epinefrina?
Sí No

Sexo* Origen étnico* Grado escolar en otoño 2025*

Alergias, medicamentos recetados,
acomodaciones especiales:

Nombre de su escuela en otoño 2025* Talla de camisa* Juvenil S-L o Adulto S-L

Transporte alternativo Nombre, relación, teléfono

[Empty box for allergies and accommodations]

Autorización para el uso de fotografías*
Sí No Ver https://www.invent.org/terms-and-conditions

Para las necesidades del niño que NO sean autogestionadas, llame al
800-968-4332 con un mínimo de ocho semanas antes de la fecha de
inicio del programa; ver https://www.invent.org/terms and conditions.

Información de los padres/tutores legales (Obligatorio*)

Nombre* Apellido* Teléfono* Correo electrónico* Debe ser válido para realizar la inscripción

Domicilio* No se aceptan apartados de correos Ciudad* Estado* Código postal*

Pago [N/A, Ya se pagó]

Table with 2 columns: Description and Amount. Rows include: Precio del programa, Donación Ayude a enviar niños con escasos recursos al programa, Día extendido - \$100, Seguro de cancelación - \$30, Voucher/Código promocional & Cantidad, Monto total del pago incluido.

Número de tarjeta de crédito (No American Express) Fecha de expiración
Número de cheque Número de licencia Número de ruta Número de cuenta

Confirmación

Firma(s) de los padres/tutores legales* Fecha*

Al inscribir a su hijo usted certifica que ha recibido, leído y aceptado los Términos y Condiciones del programa
(incorporados por referencia aquí), que se pueden encontrar en https://www.invent.org/terms-and-conditions o comunicándose con nosotros al 800-968-4332.