THE MUSIC RESOURCE CENTER - CHARLOTTESVILLE

105 Ridge Street, Charlottesville, VA 22902 • (434) 979-5478 •
www.musicresourcecenter.org

FORMULARIO DE MIEMBRESÍA

Por favor escriba con claridad

Información del Miembro

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Género: _____ (□ Prefiero no responder)

Escuela: _____ Grado: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: (___) _____ Teléfono Celular: (___) _____ Correo Electrónico del Miembro: _____

Autoriza a MRC a enviar mensajes de texto al número de celular provisto? ☐ Sí ☐ No

Etnicidad: _____ (□ Prefiero no responder) Pronombres Preferidos: _____(□ Prefiero no responder)

¿Cómo procuras llegar a casa del MRC? ☐ Caminando/Bicicleta ☐ Ser Recogido ☐ Autobús ☐ Manejando

Intereses del Miembro:

¿Cuáles son tus tipos de música favoritas? _____

¿Cuáles son tus artistas favoritos? _____

¿Cómo te enteraste del MRC? _____

Por favor marca todas las actividades que te interesan: ☐ Lecciones, ☐ Aprender un Instrumento, ☐ Practicar, ☐ Usar el estudio de grabación ☐ Aprender a rapear/habilidades de MC, ☐ Aprender técnicas de canto/voz, ☐ Aprender técnicas de actuación, ☐ Crear instrumentales/música electrónica, ☐ Escribir canciones originales, ☐ Aprender técnicas de ingeniería de sonido, ☐ Aprender a bailar

De todas las actividades que seleccionaste, escribe tu 1^{era} prioridad: _____ 2da prioridad: _____

Acuerdo del Miembro:

Lee cada regla y escribe tus iniciales para indicar que estás de acuerdo con ellas, luego firma a continuación.

1. Todos los miembros deben respetar al personal, a otros miembros, a sí mismos y al equipo. _____
2. Para mantener el respeto y crear un espacio que sea cómodo para cualquier adolescente, no permitimos la promoción de drogas, armas, material sexualmente explícito o relacionado con pandillas. Tampoco usamos lenguaje ofensivo en el edificio. _____
3. No consumir drogas, alcohol o fumar en las instalaciones. _____
4. Tienes que devolver el equipo a los lugares de almacenamiento adecuados después de su uso. _____
5. No se permite pelear ni jugar bruscamente. _____
6. No merodear o permanecer en la propiedad del vecindario. _____
7. Los miembros deben asistir a la escuela cualquier día que vengan a MRC durante el año escolar. _____
8. Las luces deben permanecer encendidas en los estudios en todo momento. _____
9. Por respeto a otros visitantes, no permitimos demostraciones públicas de afecto. Mantén tus manos en tí. _____
10. Toda comida y bebida debe mantenerse en el vestíbulo. Los alimentos del exterior deben consumirse fuera del edificio. _____
12. Todo trabajo debe finalizar 10 minutos antes del cierre para garantizar un cierre adecuado. _____

Firma del Miembro: _____ Fecha: ____/____/____

Información de Padres/Tutores:
Esta parte es obligatoria y se mantendrá confidencial.

Nombre del padre/tutor que completa este formulario: _____ Relación con el miembro: _____

Teléfono #1: (____) _____ □ Casa □ Celular □ Trabajo Teléfono #2: (____) _____ □ Casa □ Celular □ Trabajo

Correo electrónico : _____

¿Autoriza a MRC a enviar mensajes de texto a un número de celular provisto? □ Sí □ No

Se debe contactar a esta persona si hay un cambio en el horario de clases:

□ Llamada al #1 □ Llamada al #2 □ Texto al #1 □ Texto al #2 □ Correo electrónico □ No contactar

¿Cuántos niños viven en su hogar? _____ Es este un hogar mono-parental? □ Sí □ No

---

Contacto adicional: _____ Relación con el Miembro: _____

Teléfono #1: (____) _____ □ Casa □ Celular □ Trabajo Teléfono #2: (____) _____ □ Casa □ Celular □ Trabajo

Contacto de emergencia □ Sí □ No

¿Hay algo que quiera que sepamos sobre este Miembro?

_____

Datos sobre el historial médico del Miembro

¿Tiene el Miembro alergias o restricciones dietéticas? □ Sí □ No
En caso afirmativo, detalle a continuación:

_____

¿Lleva el Miembro suministros médicos de emergencia? (es decir, epi-pen, insulina, etc.) □ Sí □ No
En caso afirmativo, detalle a continuación:

_____

¿Tiene el Miembro alguna condición médica que le gustaría que supiéramos? □ Sí □ No
En caso afirmativo, detalle a continuación:

_____

Ingreso familiar y cuota de membresía:
Consulte el cuadro complementario e indique la categoría en la que se encuentra el hogar del Miembro:

□ A □ B □ C □ D □ E □ F

□ Pagando la tarifa indicada en la escala móvil

□ Pagar una tarifa ajustada de $_____ (Iniciales del personal para la autorización _____)

Página de Firma del Padre/Tutor

Comunicado de prensa

Por la presente otorgo al Music Resource Center (MRC) una licencia perpetua no exclusiva para reproducir, ejecutar, distribuir y/o exhibir cualquier composición musical (incluidas las letras), grabaciones de sonido, escritos u obras de arte (incluidos, entre otros, cualquier imagen, dibujo o fotografía) creada en el MRC por el Miembro, existente actualmente o en el futuro ("Trabajo del Miembro"). Esta licencia incluye el derecho a interpretar cualquier composición musical o grabación de sonido creada en el MRC por el Miembro. Puedo retirar esta licencia en cualquier momento notificando por escrito a MRC con diez días de anticipación.

Además, autorizo, sin limitación, a MRC, y a aquellos que actúan con su permiso y bajo su autoridad, a usar el nombre del Miembro, imágenes fotográficas (incluidos, entre otros, retratos, imágenes, videos u otras reproducciones), grabaciones de audio de la voz del Miembro, grabaciones de video del Miembro y similares, escritas o en formato electrónico, y/o reproducciones del Trabajo del Miembro (denominados colectivamente de aquí en adelante como "Información Mediática del Miembro") en las publicaciones, materiales promocionales y de marketing, sitio web, comunicados de prensa, medios publicitarios y/o para cualquier otro fin lícito en beneficio de o en relación a MRC. Renuncio al derecho de inspeccionar o aprobar el producto terminado, incluida la copia escrita o electrónica, en la que aparece la Información Mediática del Miembro. Autorizo a MRC a usar la Información Mediática del Miembro, como se describe en este documento, en más de una ocasión, sin limitación en la cantidad de veces que se use, a perpetuidad. Autorizo a MRC a reproducir, o hacer que se reproduzca y utilice, la Información Mediática del Miembro descrita en este documento. Además, acepto firmar liberaciones y exenciones adicionales según se requieran de vez en cuando. Acepto que no tendré derecho a recibir ninguna compensación por dicho uso, y por la presente libero a MRC, sus sucesores y asignatarios, y a quienes actúen con su permiso y bajo su autoridad, de cualquier obligación, responsabilidad o reclamo que pueda surgir por razón de cualquier ejercicio de la autoridad otorgada anteriormente.

Nombre del Miembro (letra de imprenta): _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: ___/___/___

Tratamiento médico de emergencia

Si el miembro se enferma o se lesiona gravemente mientras participa en los programas de MRC, incluidos, entre otros, durante el transporte hacia o desde el MRC, cualquier miembro autorizado puede buscar y obtener tratamiento médico de emergencia según lo considere necesario. Además, acepto liberar a MRC de cualquier reclamo que pueda surgir debido a primeros auxilios, tratamiento o servicio prestado en relación con la participación del Miembro en los programas de MRC.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: ___/___/___

1. Si el Miembro parece necesitar tratamiento médico de emergencia, **ordeno** que el Miembro sea transportado a un hospital cercano
2. Si, después de organizar el transporte del Miembro a un hospital cercano, los esfuerzos razonables para comunicarse conmigo no tienen éxito, **ordeno** que se realicen los esfuerzos razonables para comunicarse con al menos uno de los proveedores de atención médica que se enumeran a continuación.
3. Si ni yo ni ninguno de los proveedores de atención médica que se enumeran a continuación pueden ser contactados con éxito para hablar sobre el tratamiento médico de emergencia para el Miembro, **doy mi consentimiento** para cualquier tratamiento médico de emergencia que el personal de atención médica que trata al Miembro considere necesario. Este consentimiento para el tratamiento médico de emergencia **no autoriza** la cirugía **a menos** que antes de la cirugía, dos médicos acuerden que la cirugía es necesaria (uno de los cuales **debe ser** uno de los proveedores de atención médica que se mencionan a continuación, pero solo si está disponible).

Proveedores de atención médica

Médico – General: _____ Teléfono (___)_____

Médico – Especialista: _____ Teléfono (___)_____

Información Adicional:

_____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: ___/___/___

Entiendo que el MRC tiene una política de puertas abiertas y no se le permite impedir que mi hijo se retire de las instalaciones.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: ___/___/___

Suplemento de la Cuota de Membresía Anual:

Cómo utilizar este documento:
Ubique la sección de la tabla que refleje el tamaño de la familia y los ingresos de su hogar. La letra debajo de la columna que corresponde a su hogar es la letra que debe indicar en la página 2 del formulario. La tarifa al final de la columna es la tarifa de membresía anual para ese nivel de ingresos.

Tenga en cuenta que el MRC comprende que las circunstancias financieras varían mucho.
Si no puede pagar nuestra tarifa de escala móvil, consulte con un miembro del personal sobre una beca.
Si desea donar más que la cuota anual de membresía, apreciamos mucho las donaciones.
En cualquier caso, indique el nivel de ingresos que se aplica a su familia. Dependemos de esta información para la recaudación de fondos.

Tamaño de la familia	Ingreso del hogar igual o inferior a:					Ingreso del hogar mayor que:
2	$21,640	$55,900	$89,500	$134,200	$167,760	$167,760
3	$27,320	$62,900	$100,700	$151,000	$188,700	$188,700
4	$33,000	$69,900	$111,800	$167,800	$209,700	$209,700
5	$38,680	$75,500	$120,800	$181,200	$226,500	$226,500
6+	$44,360	$81,100	$129,700	$194,600	$243,300	$243,300
Nivel de ingresos	A	B	C	D	E	F
Cuota anual:	$1	$5	$10	$60	$150	$250