

UpStage Napa Valley's Free Theater Workshop for Teens

February 3, 10 & 17

3 pm to 5 pm at Brannan Center

(Course is limited to 15 students)

Student's Name _____ Age _____ Grade _____

Address _____ Zip _____

Allergies? If yes, please specify _____

Any special needs? If yes, please specify _____

Doctor/Medical Office _____ Phone # _____

Guardian Consent for Participation:

As the _____ *(Relation to student)* of _____ *(Student's name)*,

I hereby consent for my child to attend and participate in all activities at UpStage Napa Valley's Teen Theater Workshops at Brannan Center.

Print Name _____ Phone # _____

Signature _____ Date _____

Email _____

Medical Release:

I authorize UpStage Napa Valley to seek emergency medical care for my child if I cannot be reached, and to share the above health information with personnel who need to know.

Signature _____ Date _____

Photo/video Release Statement:

I permit UpStage Napa Valley to use photos and videos of my child from this workshop for promotional purposes, including print, website, and social media.

Signature _____ Date _____

Taller de teatro gratuito para adolescentes de UpStage Napa Valley

3, 10 y 17 de febrero, de 15:00 a 17:00 horas en el Centro Brannan

(El curso está limitado a 15 estudiantes)

Nombre del estudiante _____ Edad _____ Grado _____

Dirección _____ Código postal _____

¿Alergias? En caso afirmativo, especifique _____

¿Alguna necesidad especial? En caso afirmativo, especifique

Médico/Consultorio médico _____ Teléfono # _____

Consentimiento del tutor para la participación:

Como _____ (Relación con el estudiante) de _____ (Nombre del estudiante), por la presente doy mi consentimiento para que mi hijo asista y participe en todas las actividades de los Talleres de Teatro para Adolescentes de UpStage Napa Valley en el Centro Brannan.

Nombre en letra de imprenta _____ Teléfono _____

Firma _____ Fecha _____

Correo electrónico _____

Autorización médica:

Autorizo a UpStage Napa Valley a solicitar atención médica de emergencia para mi hijo/a si no se me puede contactar, y a compartir la información de salud mencionada anteriormente con el personal que necesite saberla.

Firma _____ Fecha _____

Declaración sobre la autorización de uso de fotos/vídeos:

Autorizo a UpStage Napa Valley a utilizar fotos y videos de mi hijo/a de este taller con fines promocionales, incluyendo medios impresos, sitios web y redes sociales.

Firma _____ Fecha _____