

SUMMER ART CAMPS

AT
THE

COACHELLA VALLEY
HISTORY MUSEUM

82-616 Miles Ave. Indio, CA 92201

Classes are open to all children ages 8 to 14
Young at Art is from 9 to 11 AM

Cost: \$50 a week per class

Pre-registration and prepayment required to reserve a class

Student's Name _____ Age _____
Email Address _____ Cell Phone _____
Parent's Name _____
Mailing Address _____ City/State/Zip _____

Create a Masterpiece – Young at Art 9 a.m. to 11 a.m.

\$50 per week

Place an "X" beside the classes you wish to attend

June 07-11 Watercolor _____

June 14 - 18 Multimedia _____

June 21 - June 25 Multimedia Sculpture _____

Send this form with full payment to COACHELLA VALLEY HISTORY MUSEUM, 82-616 Miles Ave., Indio, CA 92201
To pay with a credit card, please contact the museum at 760-342-6651 or pay online at www.CVHM.org

For more information

Young at Art: contact Maggie Hamilton 760-219-9758 maghamilton@hotmail.com

Additional copies of this registration form are available on the museum's website at www.CVHM.org



SUMMER ART CAMPS



AT
THE

COACHELLA VALLEY
HISTORY MUSEUM

82-616 Miles Ave. Indio, CA 92201

Los clases están abiertas para niños de edades 8 a 14

Young at Art: Horario 9am-11am

Precio: \$50 por cada clase

Registracion y pago requerido para reservar el clase

Nombre de Estudiante _____ Edad _____

Correo Electrónico _____ Número de Teléfono _____

Nombre de Padres _____

Dirección _____

Cuidad/Estado/Código Postal _____

Crear una obra maestra – Young at Art 9 a.m. a 11 a.m.

\$50 por cada clase

Selecciona el clase(s) que gustaría atender con un "X"

June 07 – 11 Pintura Acuarela

June 14 - 18 Multimedia Arte

June 21 - June 25 Multimedia Escultura _____

Porfavor de mandar su pagó a COACHELLA VALLEY HISTORY MUSEUM, 82-616 Miles Ave., Indio, CA 92201
Para pagar con tarjeta, llamen a 760-342-6651 o visiten nuestra pagina de web a www.CVHM.org

Para mas Información

Young at Art: Contactar a Maggie Hamilton al 760-219-9758 o por correo electrónico: maghamilton@hotmail.com

Copias adicionales disponibles en nuestra página web www.CVHM.org





Name/ Nombré:	Home Address/ Domicilio:
Cell Phone Number/ Número Telefónico:	Work number/ Teléfono de trabajo:
Home Phone Number/ Teléfono de Casa:	Email Address/ Correo Electrónico:
If separated or divorced, who has legal custody? (Present court order documentation). ¿Separado o divorciado? ¿Quién tiene custodia del menor? (Presente documentos de la corte).	

Pick Up Information/ **Información para levantar:**

Please list the persons authorized to pick up your child. All authorized persons must be at least 16 years of age and show photo identification.

Por favor de anotar las personas con autorización de levantar su hijo/a. Las personas autorizadas tienen que ser mayores de 16 años de edad y presentar identificación.

Name/ Nombre	Relationship/ Relación	Phone Number/ Numero Telefónico

I, as the legal parent/guardian assume the responsibility to pick up my child at the designated time provided by the program. If I am not here to pick up my child, I give permission to the individuals listed above to be contacted and asked to sign my child out.

Yo, como el padre/guardian legal asumo la responsabilidad de levantar a mi hijo/a en el tiempo designado de el programa. En caso de que no pueda levantar mi hijo/a, tienen permiso las personas alistadas de ser contactadas y levantar a mi hijo/a.

Initials/**Iniciales:** _____

Parent/Guardian Signature / **Firma de Padre/Tutor:**

Date/**Fecha:**



Child's Name/ **Nombre de Estudiante:** _____ Date/**Fecha:** _____

In order to better serve your child, please complete the following health history information:

Por favor de documentar el historial médico de su hijo/a:

Asthma/**Asma:** Yes/Si NO

ADD/ADHD: Yes/Si NO

Head Lice (recent) /**Piojos (recientemente):** Yes/Si NO

Recent Hospitalization/ **Reciente Hospitalización:** Yes/Si NO

Diabetes/**Diabético:** Yes/Si NO

Seizures/**Convulsiones:** Yes/Si NO

Currently under doctors care/ **Esta bajo el cuidado de su doctor:** Yes/Si NO

Allergies/Allergias

Hay Fever/ **Fiebre de Heno:** Yes/Si NO

Bee Stings/ **Picadura de Abejas:** Yes/Si NO

Requires bee-sting kit/ **Necesita botiquín para picadura de abeja:** Yes/Si NO

Oak/Ivy Poisonings/ **Hiedra Venenosa:** Yes/Si NO

Food/**Comida:** Yes/Si NO

Peanuts/ **Cacahuates:** Yes/Si NO

Penicillin/**Penicilina:** Yes/Si NO

If you answered yes to any of the questions above, please explain.

Si respondió SI a una de las preguntas, por favor de explicar.

Dietary Restrictions/ **Restricciones de dieta:** Yes/Si NO

If you answered yes to any of the questions above, please explain.



Si respondió SI a una de las preguntas, por favor de explicar.

Any reason to restrict full activity including strenuous physical games? ¿Por alguna razón se tiene que restringir actividades físicas? Yes/Si NO

If yes, please explain.

Si respondió SI a una de las preguntas, por favor de explicar.
