

2015 Aplicación para Becas



Walking Mountains Science Center se esfuerza por proporcionar oportunidades educativas conectadas con ciencias naturales para todos los estudiantes (sin que sea un problema los recursos financieros). Llene por favor esta forma y devuélvala tan pronto como sea posible. La asignación de becas está basada en la necesidad financiera del solicitante y la cantidad de fondos disponibles. Esta información es confidencial.

**Nombre de estudiante : _____ Escuela: _____ Año escolar : _____

**Programa que solicita : _____ **Programa Fecha: _____

**Nombre del padre/ guardián: _____ **Teléfono : _____

Nombre del padre/guardián secundario y teléfono : _____

**Email : _____

**Dirección de envío : _____ Ciudad : _____ Estado : _____ Zip: _____

Estado civil de padres: Soltero/a Casado Separado/Divorciado Enviudado Casado por segunda vez

Número de familiares dependientes en la casa del estudiante: _____

Número de familiares que se matricularon en la universidad por lo menos a tiempo parcial: _____

*****TODA LA INFORMACIÓN RESTANTE SE REQUIERE PARA ELEGIBILIDAD. NOSOTROS NO REVISAR UNA SOLICITUD INCOMPLETA.*****

****Escriba la cantidad de ayuda usted solicita:** \$ _____

****Ingresos de padres, padrastro, o tutor:** *Refiérase a Rentas Brutas, no Rentas Ajustadas, de la declaraciones de renta del año anterior.*

	Madre / Guardián	Padre / Guardián
1. Salario	\$ _____	\$ _____
2. Otras Ganancias Desgravables	\$ _____	\$ _____
3. Ganancias Gravables Totales	\$ _____	\$ _____

****Los activos de los padres:**

- 1. Dinero efectivo, ahorros, cuentas de cheques \$ _____
- 2. Casa (Valor de mercado actual) \$ _____
Saldo de la hipoteca \$ _____
- 3. Negocio o granja (Valor actual) \$ _____
Saldo deudor \$ _____
- 4. Otros bienes raíces (Valor actual) \$ _____
Saldo deudor \$ _____



**** Recuerde que todo lo siguiente información se requiere para la elegibilidad. No vamos a revisar una solicitud incompleta. ****

****Obligaciones mensuales de padres:**

- | | |
|-----------------------------------|----------|
| 1. Alquiler o Pago de la hipoteca | \$ _____ |
| 2. Utilidades | \$ _____ |
| 3. Otras | \$ _____ |

****Por favor verifique cualquier declaración(s) que pueden aplicarse a su caso:**

- Participamos en el Programa de Almuerzo gratis oa precio reducido durante el año escolar.
- No somos por lo general en condiciones de participar en oportunidades como ésta, debido a su costo.
- Vivimos en una comunidad rural y no suelen ser capaces de aprovechar las oportunidades como esta.
- Mi hijo es un residente del Condado de Eagle.

****En el espacio restante explique por favor porqué su niño se beneficiaría al asistir a un programa de campamento del verano. Hable por favor con su niño(a) acerca de porqué el/ella quiere asistir y compartir esa experiencia con nosotros. También, explique alguna circunstancia especial que Walking Mountains Science Center debe considerar al asignar fondos de beca. Intentaremos hacer todo lo posible para que su hijo/a participe pero tenga en cuenta que los fondos de los que disponemos para las becas son limitados.**

****Firma: _____ Fecha: _____**

Campamentos de verano de una semana

Año Escolar 1st /2nd

- Dino Detectives (*Avon, June 15-19*)
- 5 Senses Alive (*Avon, June 22-26*)
- Creep and Crawl (*Avon, June 29-July 2*)
- Dino Detectives (*Eagle, July 6-10*)
- Creep and Crawl (*Eagle, July 13-17*)
- Creek Critters (*Eagle, July 20-24*)
- Captain “Plant-It” (*Avon, July 27-31*)
- Creek Critters (*Avon, August 3-7*)
- Dino Detectives (*Avon, August 10-14*)

Año Escolar 5th/6th

- Adventure Seekers (*Avon, June 15-18*)
- STEM Discovery: Biomimicry (*Avon, July 20-24*)

Año Escolar 3rd/4th

- Rock Hounds (*Avon, June 15-19*)
- Owlsome Ornithologists (*Avon, June 22-26*)
- Forces of Nature (*Avon, June 29-July 2*)
- Rock Hounds (*Eagle, July 6-10*)
- Wandering the Watershed (*Eagle, July 13-17*)
- Where the Wild Things Are (*Eagle, July 20-24*)
- Wandering the Watershed (*Avon, July 27-31*)
- Where the Wild Things Are (*Avon, August 3-6*)
- Rock Hounds (*Avon, August 10-14*)

Año Escolar Grades 7th/8th

- STEM Discovery: The Way Things Work (*Avon, July 6-10*)
- STEM Discovery: Underwater Robots (*Avon, July 13-17*)

Campamentos durante la noche

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 3rd-4th Grade: Mountain Quest | <i>(July 6- 8, 2 Nights, Shrine Mountain Inn)</i> |
| <input type="checkbox"/> 3rd-4th Grade: A Brush with Nature | <i>(July 13-15, 2 Nights, Shrine Mountain Inn)</i> |
| <input type="checkbox"/> 3rd-4th Grade: Mountain Quest | <i>(August 10-12, 2 Nights, Vance’s Cabin)</i> |
| <input type="checkbox"/> 5th-6th Grade: Wilderness Challenge | <i>(June 22-25, 3 Nights, Shrine Mountain Inn)</i> |
| <input type="checkbox"/> 5th-6th Grade: Unless: We Speak for the Trees | <i>(June 29-July 2, 3 Nights, Vance’s Cabin)</i> |
| <input type="checkbox"/> 5th-6th Grade: Unless: We Speak for the Trees | <i>(August 3-6, 3 Nights, Vance’s Cabin)</i> |
| <input type="checkbox"/> 7th-8th Grade: Trash Revolution | <i>(July 20-23, 3 Nights, Polar Star Hut)</i> |
| <input type="checkbox"/> 7th-8th Grade: Leadership Boot Camp | <i>(July 27-30, 3 Nights, Eiseman Hut)</i> |
| <input type="checkbox"/> 9th-10th Grade*: Sleeping Under the Stars | <i>(July 13-16, 3 Nights, Holy Cross Wilderness)</i> |

Tuition includes meals, lodging, and transportation. *Sleeping Under the Stars is a Backpacking Trip. Tents, stoves, group gear, meals, and transportation are provided. Student will need 50-70 L backpack, sleeping bag, and sleeping pad, and personal items.

Earth Explorers: Campamentos solo día

Todos los programas son los martes y jueves a las WMSC en Avon, 9:00 am – 4:00 pm.

Claws and Paws

- June 16
- June 18

Super Scientists

- June 23
- June 25

Wild and Wacky Weather

- June 30
- July 2

Mini Monets

- July 21
- July 23

Adaptation Investigations

- July 28
- July 30

Insect Safari

- August 4
- August 6



walking mountains™

science center

La Política de la Matrícula: El espacio es limitado a 13 participantes por curso. Los cursos de la juventud son dirigidos por lo menos por dos instructores del campo. La matrícula está en base de primer-viene, primero-sirve, y los espacios sólo serán reservados con pago íntegro o una aplicación completada de beca.

Reintegro y Políticas de Cancelación: Walking Mountains Science Center reintegrará su pago íntegro menos un \$25 honorario de administración si usted cancela por lo menos 14 días antes de la fecha de curso. Ningunos reembolsos para cancelaciones dentro de 14 días de la fecha de curso. Walking Mountains Science Center reserva el derecho de cancelar un curso. Si cancelamos un curso, usted recibirá un reembolso total.

Atestiguado de que ha leído sus derechos: Mi hijo/a y yo han leído y hemos comprendido los términos de matrícula para el programa de verano de Walking Mountains Science Center y lo aceptamos. Mi hijo/a y yo damos Walking Mountains Science Center permiso para el uso razonable y apropiado de cualquier fotografía tomada de mí o de mi niño o cualquier declaración escrita hechos por mí o por mi niño durante este programa.

Firma de padre o guardián

Fecha

Información acerca del transporte

- Los estudiantes deben ser dejados a las 8:30 de la mañana. El tiempo para recogerlos es a las 4:00-4:30 de la tarde. ¡*Todos los estudiantes deben ser recogidos a las 4:30!*
- Ubicaciones para dejar y recoger los estudiantes:
 Programas en Avon: Walking Mountains Science Center (318 Walking Mountains Lane, Avon)
 Programas en Eagle: Brush Creek Elementary School (33 Eagle Ranch Rd., Eagle)
- Los viernes, llega por favor a las 3:00 de la tarde para una presentación por los estudiantes y refrescos.

Liste por favor los adultos quienes pueden recoger su niño:

Nombre de padre o guardián (imprima)

Firma de padre o guardián

Walking Mountains Science Center SOLO dará permiso a las personas mencionadas arriba para que recojan a su hijo/a.

Devuelvan por favor este formulario junto con su información médica/forma de condonación de riesgos y la matrícula. Si usted tiene cualquier pregunta, llame por favor a 970-827-9725 o email summercamp@walkingmountains.org.

Nombre	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo	Relación


walking mountains
science center

INFORMACIÓN MEDICA DEL ALUMNO Y CONDICIÓN DE RIESGOS

Favor de escribir la información siguiente. Asegurase que los dos lados sean completos y firmados.

Nombre del programa _____ Fecha del programa _____

Nombre del alumno/a _____ Tel. de casa _____

Fecha de nacimiento _____ No. de Seguro Social _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre(s) del padre / guardián _____ Tel. Oficina _____

Nombre de seguro medico _____

Tel. de la compañía _____ No. de la Póliza _____

Nombre del médico familiar _____ Tel. _____

En caso de emergencia, ¿a qué otro pariente, vecino, o amigo podemos llamar?

Nombre _____ Relacion _____

Dirección _____ Tel. _____

Aunque el enfoco de Walking Mountains Science Center es académico, algunas de las actividades son bastante fuertes sí el alumno no esta familiarizado con tales actividades o si no está en buena condición física. Poder caminar varias millas sin fatigarse indicaría una condición física razonable. Cualquier problema de la rodilla o del tobillo, exceso de peso, o alergias a la comida, medicina o piquetes de insectos son también preocupaciones particulares. La siguiente información es importante y nos ayudará evitar problemas médicos o de salud antes de que ocurran.

Edad _____ Estatura _____ Peso _____

¿Tiene su hijo(a) algunas reacciones adversas a medicamentos? No Sí

Si la respuesta es sí, por favor explique:

¿Tiene su hijo(a) algunas reacciones alérgicas a picaduras de abeja? No Sí

¿Tiene su hijo(a) algunas de estos problemas?

Problemas respiratorios: _____

Defectos del corazón: _____

Presión arterial muy alta: _____

Problemas con los tobillos o las rodillas: _____

Otro: _____

Fecha de la última vacuna contra el tétano _____

¿Toma algún medicamento el alumno? ___ Si la respuesta es sí, ¿que tipo de medicina y dosis? _____

¿Para qué problema específico es el medicamento? _____

Restricciones de alimentación: _____

Si el alumno tiene cualquier desorden emocional o incapacidad de aprendizaje que pueda afectar su participación en el programa, por favor describa la condición para poder brindarle mejor servicio.

Walking Mountains Science Center se preocupa por el uso de los medicamentos recetados o no-recetados por los alumnos jovenes. Si el alumno no ha cumplido los 21 años de edad, no está permitido usar o compartir *ningún* medicamento sin permiso por escrito del padre o tutor legal, médico o bajo autorización específica del personal de Walking Mountains Science Center.

Doy mi permiso para que mi hijo(a) menor de edad participe en este programa educacional y autorizo al personal de Walking Mountains Science Center para adquirir y administrar tratamiento médico a el/ella en caso de emergencia.

Firma _____ Fecha _____

(padre o guardián)

ACUERDO DE CONDONACIÓN E INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS

Las actividades abajo descritas pueden involucrar ejercicio agotador, exposición a condiciones de cambio de clima, y el uso de equipo y / o herramientas potencialmente peligrosos. También exigen la atención total y la responsabilidad de cada alumno, tanto como individuo y como parte de un grupo. Aun más, muchas de estas actividades incluyen el riesgo inherente de la fatiga, el estrés mental, la lesión o la muerte. Su permiso, indicado abajo, reconoce dichos riesgos y también le brinda la confianza a Walking Mountains Science Center de aplicar restricciones razonables y de buscar pasatiempos que maximizan la seguridad y aumenten nuestra capacidad de responder a emergencias.

Enseguida esta la lista de actividades posibles en que su hijo(a) puede participar como parte del programa de Walking Mountains Science Center: **Excursionismo y caminatas, nuevos juegos e iniciativas, cocinar al aire libre, proyectos de conservación, viajar en auto, actividades de noche, viaje rudo fuera del camino y destrezas de supervivencia, mapas y brújula, investigaciones científicas de campo, y acampar durante la noche.**

Entiendo que mi hijo(a) estará participando en las actividades marcadas arriba y he leído cuidadosamente la información sobre los riesgos potenciales. Entiendo que soy voluntariamente responsable de su participación y estoy de acuerdo en pedir cualquier aclaración necesaria sobre la información de arriba antes de firmar este formulario.

Yo, _____ (nombre del padre o guardián legal) por medio del presente testifico que mi hijo(a) _____ (nombre del alumno) ha recibido mi permiso total para participar en el programa de Walking Mountains Science Center, titulado _____.

Voluntariamente elijo y asumo todos los riesgos de pérdida, daños, lesiones, incluyendo la muerte, que pueda sufrir mi hijo(a) o cualquier propiedad suya mientras participe en este programa. En consideración a la oportunidad concedida a el/ella de participar en el programa arriba mencionado, yo por medio del presente, sabiendo, libre y voluntariamente libera, y aun más, conviene en indemnificar y dejar libre de danos a Walking Mountains Science Center, a su Presidente, a la Mesa de Directores, al personal y a sus empleados de cualquier responsabilidad de reclamo, demanda, o causas de acción, cualquiera que fuere, que resulte de cualquier pérdida mía o de mi hijo(a) en el curso de o relacionado con la participación en este programa o del uso del equipo proveído a mi hijo(a) en conexión con cualquier programa.

Firmado _____ **Fecha** _____
(padre o guardián legal)

Firmado _____ **Fecha** _____
(madre o guardián legal)

He revisado cuidadosamente la lista de actividades arriba mencionadas y estoy de acuerdo con participar o escoger solo aquellas para las cuales he recibido permiso. Yo, aun más, acepto supervisión del personal de Walking Mountains Science Center para asegurar mi seguridad a pesar de mis habilidades o deseo de autonomía.

Firma de Alumno _____ **Fecha** _____

PARA CONDICIONES PRE-EXISTENTES SOLAMENTE

Si tiene el alumno(a) una condición pre-existente que puede ser afectada por su participación en un programa de actividades al aire libre o en alturas que excedan los 8,000 pies sobre el nivel del mar, por favor describa dicha condición y pida a su médico que llene y firme todas las secciones abajo. *Llene ésta sección solamente si Ud. crea que puede tener dicha condición pre-existente.*

Descripción de la condición _____

Medicamento que toma, dosis y horario _____

Otras instrucciones especiales o preocupaciones _____

Declaración del Médico: Yo, _____ he examinado a _____

(alumno) y estoy de acuerdo que él / ella (*escriba con letra de imprenta*) participe en los programas de Walking Mountains Science Center.

Firma _____ (Médico) Fecha _____