



COMMUNITY **MUSIC CENTER** OF BOSTON

34 WARREN AVENUE
BOSTON, MA 02116

T: (617) 482-7494

F: (617) 482-6267

www.cmcb.org

APLICACION DE MATRICULA

Nuevo/Continuando (Favor de Circular)

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Padre/Guardián: _____ Ocupación: _____ Tel. de Trabajo: _____

Padre/Guardián: _____ Ocupación: _____ Tel. de Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____

¿Cómo escuchó del Centro? _____ ¿Usted es dueño de su instrumento? _____

Nombre: _____ Matrícula para: (Instrumento) (Circular uno) <input type="checkbox"/> Instrucción Individual en _____ 30' 45' 60' <input type="checkbox"/> Otras Clases: _____ 30' 45' 60' Días Preferidos: _____ Horas Preferidas _____ Instructor: _____ Fecha de Inicio: _____ # de Semanas: _____	Nombre: _____ Matrícula para: (Instrumento) (Circular uno) <input type="checkbox"/> Instrucción Individual en _____ 30' 45' 60' <input type="checkbox"/> Otras Clases: _____ 30' 45' 60' Días Preferidos: _____ Horas Preferidas _____ Instructor: _____ Fecha de Inicio: _____ # de Semanas: _____
---	---

Seleccionar opción de pago (Ver formulario de "Información de Matrícula"):

Favor de Notar: Descuentos aplican a instrucción individual SOLAMENTE. Recipientes de Matrícula Reducida NO son elegibles para descuentos. Débito Directo está disponible para todos planes de pago.

- Pago en totalidad (descuento de 5% aplica si matriculando entre Sept. - Dec.)
 Pago en dos plazos (4% discount applies if registering Sept. - Dec.)
 Pago mensual Pago en cuatro plazos
 Estoy aplicando para Matrícula Reducida

Favor de hacer cheques a: Community Music Center of Boston.

Con mi firma, afirmo que he recibido una copia de la Poliza del Music Center y he seleccionado una opción de pago arriba. Me comprometo a seguir éstas como condición de mi matrícula en el Music Center.

Firma: _____ Fecha: _____

Permiso para Medios de Comunicación

Community Music Center of Boston (CMCB), Inc. pide permiso para usar imágenes de usted o su hijo(a) en publicidad o materiales de mercadeo. Al darnos su permiso, usted entiende que el rostro de su hijo(a) podría ser usado en varios videos o en la prensa cibernética. Por favor siéntase seguro de que los nombres de nuestros estudiantes no serán expuestos y que, por firmar este formulario, usted no sobrepasa su derecha a la privacidad y confidencialidad.

Yo/Nosotros entendemos que:

- El uso de estas imágenes es exclusivamente usado con la intención de promover al Music Center of Boston (CMCB), Inc.;
- Que las imágenes de mi hijo(a) podría aparecer en el internet por un period extendido de tiempo;
- Que no habráa costo financiero ni otro modo de pagar por este uso;
- Que el Community Music Center of Boston (CMCB), Inc. no es responsable de cualquier pago o remuneración que resulte de nuestra participación;
- Que yo/nosotros podemos retirar nuestro permiso para esto en cualquier momento a través de un pedido por escrito.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Información de Acción Afirmativa (Opcional) Negro Latino Asiático Caucasian Otro _____

Para Pagos con Tarjeta de Crédito: Favor de cobrarle a mi: MasterCard VISA American Express Discover

Número de Tarjeta _____ Fecha de Expiración _____

Cantidad Total _____ Firma _____