



2024/2025 New Student Registration Form
Student Information – fill out all applicable information

Student's Name: _____ Employer: _____
Address: _____ Occupation: _____ City: _____ Cell Phone: _____
State: _____ Zip: _____ Race: _____ Email: _____
Gender: M _____ F _____ Other _____

Please complete this section for students under 18 years of age:

Date of Birth: ____/____/____ Age: _____
Academic School Name: _____ Academic Grade: _____
Guardian 1 Name: _____ Guardian 2 Name: _____
Cell Phone: _____ Cell Phone: _____
Employer: _____ Employer: _____
Occupation: _____ Occupation: _____
Best Contact Name & Phone # for Class cancelations/changes: _____

Medical Information

Pertinent Medical Information (allergies, medications, injuries etc): _____

Emergency Contact (Guardian's Name)

Home Phone: _____ Work: _____ Cell: _____
Secondary person other than guardian: Home: _____ Work: _____ Cell: _____

In the event that any serious injury shall occur involving the student, I wish that Ballet RI supervisory personnel take appropriate steps to notify me immediately, but if I am unavailable for any reason, I authorize whatever medical attention is deemed appropriate for the student.

Guardian Signature: _____ Date: _____

Class(es) Registering for:

- Full load Core Ballet Program Level _____
- In person

Please list all classes below if not registering for a full load

Core Ballet Program

Class	Day	Time



Estudiante Nuevo Forma de registraci3n 2024/2025
Informaci3n de estudiante- por favor completas todas informaci3n aplicable.

Nombre de estudiante: _____	Empleador: _____
Direcci3n: _____	Occupaci3n: _____
Ciudad: _____	Numero celular: _____
_____	Estado: _____
_____ C3digo postal: _____	Raza: _____
Correo electr3nico: _____	G3nero: ___M. ___F. ___Otro

Por favor, complete esta secci3n para estudiantes menores de 18 a3os:

Fecha de nacimiento: ____/____/____	Edad: _____
Escuela de academica: _____	Grado: _____
Nombre de tutor 1 Name: _____	Nombre de tutor 2: _____
Numero celular: _____	Numero celular: _____
Empleador: _____	Empleador: _____
Occupaci3n: _____	Occupaci3n: _____
El mejor nombre de contacto y n3mero de tel3fono para cancelaciones/cambios de clase: _____	

Informaci3n medical:

Informaci3n m3dica pertinente (alergias, medicamentos, lesiones, etc): _____

Contacto de emergencia (nombre del tutor)

Tel3fono de la casa: _____ Tel3fono Trabajo: _____ Celular: _____
 Persona secundario: La casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Si ocurriera alguna lesi3n grave que involucre al estudiante, deseo que el personal de supervisi3n de Ballet RI tome las medidas apropiadas para notificarme de inmediato, pero si no estoy disponible por cualquier motivo, autorizo cualquier atenci3n m3dica que se considere apropiada para el estudiante.

La firma de tutor: _____ **Fecha:** _____

Clases registr3ndose para:

Clase	D3a	Tiempo