

**Fundación de Oaxaca para la Educación y las Artes (OFEA)**  
**Formulario de Inscripción y Depósito - Verano 2025**

---

**Información del Estudiante**

**Nombre Completo:** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**En verano de 2024, estaré cursando:** (Marque una opción)

- Primer año de preparatoria
  - Segundo año de preparatoria
  - Tercer año de preparatoria
  - Cuarto año de preparatoria
  - Primer año de universidad
  - Otro (especifique): \_\_\_\_\_
- 

**Preferencias de Participación**

*Por favor, clasifique sus opciones en orden de preferencia. No clasifique opciones en las que no esté interesado o disponible.*

- Semana 1 solamente (\$2,500)
- Semana 2 solamente (\$2,500)
- Semanas 1 y 2 (\$4,500)
- Semanas 2 y 3 (\$4,500)
- Semanas 1, 2 y 3 (\$6,000)
- Semana 3 – Miembros adicionales de la familia (Especifique abajo)

**Total para usted y cualquier familiar acompañante:** \$ \_\_\_\_\_

**Comentarios Especiales:**

---

## Información de Pago:

- Los pagos se pueden realizar a través de Zelle a: [debra@ofeanfp.org](mailto:debra@ofeanfp.org)
  - **50% del total se debe pagar al momento de la inscripción.**
  - **El 50% restante debe pagarse antes del 1 de junio de 2025.**
- 

## Habilidades e Intereses

Indique cualquier habilidad o actividad que pueda compartir con niños de 4.º, 5.º y 6.º grado.

Habilidad/Actividad	Descripción
Manualidades	_____
Preparación de alimentos	_____
Jardinería	_____
Instrumento(s)	_____
Canto	_____
Natación	_____
Enseñanza (Materias)	_____
Salud y Bienestar	_____
Otro	_____

## Áreas de Interés

Indique las áreas que le gustaría explorar más:

- Arqueología / Ruinas
- Inversión en Bienes Raíces
- Emprendimiento
- Español
- Medicina (Visita a un hospital o clínica rural)
- Leyes de EE.UU. (Aplicación y Tipos de Práctica)
- Música (Escuchar música tradicional oaxaqueña)
- Trabajo con un Artista (Especifique el medio o tipo de arte): \_\_\_\_\_
- Música (Escuchar bandas locales)
- Cocina Oaxaqueña
- Otro: \_\_\_\_\_

## **Términos y Condiciones | Liberación de Responsabilidad**

OFEA es una organización sin fines de lucro registrada en Florida, con sede en **San Francisco Tutla, Santa Lucía del Camino, Oaxaca, México.**

### **1. Selección Prioritaria de Estudiantes:**

- La aceptación es por **orden de llegada.**
- Se da prioridad a los estudiantes **preparados para la universidad** y a sus hermanos.

### **2. Asunción de Riesgo:**

- Entiendo que participar en los programas de OFEA conlleva riesgos inherentes, incluyendo posibles lesiones o pérdidas derivadas de mis acciones, terceros o causas externas.
- Acepto expresamente estos riesgos.

### **3. Liberación de Responsabilidad:**

- Acepto eximir de responsabilidad a **OFEA, sus representantes, directores, consejeros y personal** por cualquier incidente derivado de la participación en los programas de OFEA.

### **4. Responsabilidad por Daños:**

- Si mi hijo/a o cualquier acompañante causa daños, acepto ser financieramente responsable por cualquier reclamo o gasto incurrido por OFEA.

### **5. Uso de Imagen:**

- Autorizo a OFEA a filmar o fotografiar a mi hijo/a para fines promocionales o educativos.
  - Entiendo que todas las imágenes y videos digitales pertenecen a **OFEA.**
-

## Contacto de Emergencia y Autorización Médica

*Proporcione al menos dos contactos de emergencia.*

### Contacto #1:

- **Nombre:** \_\_\_\_\_
- **Relación:** \_\_\_\_\_
- **Teléfono(s):** \_\_\_\_\_
- **Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

### Contacto #2:

- **Nombre:** \_\_\_\_\_
- **Relación:** \_\_\_\_\_
- **Teléfono(s):** \_\_\_\_\_
- **Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, autorizo al **personal de OFEA** a asegurar el tratamiento médico necesario. Si no se me puede contactar, autorizo al médico o al hospital seleccionado por OFEA a proporcionar tratamiento, incluyendo hospitalización, inyecciones, anestesia o cirugía. Asumo la responsabilidad financiera total de cualquier cuidado médico.

---

## Reconocimiento y Firma

¿Su hijo/a tiene alguna **dificultad física, emocional o de aprendizaje**?

*Si es así, especifique:* \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a tiene **alergias a alimentos o medicamentos**?

*Si es así, especifique:* \_\_\_\_\_

He leído y comprendido todos los términos y condiciones de este acuerdo y reconozco mi responsabilidad.

### Padre/Madre/Tutor #1

- **Nombre Completo (Letra de imprenta):**  
\_\_\_\_\_
- **Firma:** \_\_\_\_\_
- **Fecha:** \_\_\_\_\_

### Padre/Madre/Tutor #2 (si aplica)

- **Nombre Completo (Letra de imprenta):**  
\_\_\_\_\_
- **Firma:** \_\_\_\_\_
- **Fecha:** \_\_\_\_\_

---

## Instrucciones de Envío

Los formularios completos pueden enviarse a: ✉ **Correo Electrónico:** [debra@ofeanfp.org](mailto:debra@ofeanfp.org)

### 📮 **Dirección Postal:**

Debra Wood  
OFEA  
16808 Sarah's Place, Apt. 201  
Clermont, Florida 34714