



SMALL CHAMPIONS OF COLORADO, INC
 PO BOX 4691
 VAIL, CO 81658-4691

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA SMALL CHAMPIONS

La organización *Small Champions* (campeones pequeños) ofrece programas deportivos para niños y jóvenes con discapacidades que requieren instrucción o un equipo especial para participar. El niño o joven debe vivir en el condado de Eagle. Por favor repasen el documento de elegibilidad antes de enviar esta solicitud. La junta directiva revisará todas las solicitudes, una por una. La admisión al programa depende de los cupos que tengamos disponibles.

Favor escribir la información del niño(a) o joven:

Apellidos _____ Nombre _____

Edad _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Padre de familia _____

Teléfono del hogar _____ Teléfono de trabajo _____

Tel. celular _____ Correo electrónico _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Por favor explicar la discapacidad de su hijo o hija:

¿Pueden entregarnos el diagnóstico médico del joven o el Plan individualizado de educación (IEP) de la escuela?

¿Cuáles funciones vitales afectan la discapacidad de su hijo(a)?

¿Su hijo o hija puede participar en actividades deportivas sin que lo supervise una persona todo el tiempo? Si la respuesta es sí, denos ejemplos:

¿Cómo creen ustedes que se beneficiaría su hijo(a) del programa Small Champions?

Favor explicar qué clase de equipo especial de esquí o snowboard necesitaría su hijo(a):

¿A cuál escuela asiste su hijo(a)? _____

Escriba el nombre de la administradora que lleva el caso de su hijo(a):

Recuerden: Si su hijo(a) es aceptado en el programa, se requiere que ustedes, como padres de familia, ofrezcan 10 horas de servicio voluntario con Small Champions o si no, pueden pagar una suma de \$150.

Marque una de las siguientes casillas:

Ofreceremos 10 horas de voluntariado: _____ (del 1^o de dic., 2017 al 30 de nov., 2018)

Pagaremos una cuota de \$150: _____ (pagar antes del 30 de nov., 2017)

Nombre completo del padre o madre

Firma del padre o madre