

Children's Museum of Brownsville
Solicitud de Excursión Escolar
Grados: K3 - 2nd

Imprimir y mandar por Fax a 956-504-1348 o correo electrónico a Michelle@cmofbrownsville.com

Escuela: _____

Fecha Solicitada de la Visita: _____

Día de la Semana: _____

Dirección de la Escuela: _____

(Ciudad)

(Estado)

(Codigo postal)

Precio: \$6.00 por estudiantes, profesores y chaperones

Imagination Playground costo adicional de \$1 por estudiante y es obligatorio para grupos de 80 o más estudiantes (debido al tamaño del museo y el espacio disponible por visita); **Opcional para grupos de 79 o menos.**

Marque aquí para incluir *Imagination playground* →

Nombre de Contacto: _____ Posición: _____

Teléfono de la escuela(____) _____ Teléfono Alternativo: (____) _____

Número de Fax: (____) _____ E-mail: _____

Horario

(Por favor seleccione solo las opciones dadas)

09:00 am - 10:30 am

10:30 am – 12:00 pm

12:00 pm – 1:30 pm

Nivel de Grado _____ N° de Clases _____ N° de Estudiantes _____ (Max 120)

N° de Profesores y Paraprofesionales: _____

Nombre Impreso: _____ Firma: _____

Fecha: _____

Atención: Se aplican términos y limitaciones. Este formulario de solicitud NO garantiza la fecha / excursión solicitada.

El remitente debe recibir una factura para la confirmación final. En casos de cancelación, **se requiere avisar con 30 días de anticipación de la fecha programada para el reembolso.** Absolutamente **NO HAY REEMBOLSOS** en los pagos realizados sobre el total del costo del la excursión o **NO HAY CRÉDITO** para niños que no asisten y que fueron originalmente reservados antes de la visita o que no participen en la presentación o el taller. Los chaperones no están incluidos en la factura; la tarifa de entrada del chaperón es de \$ 6.



¡RECORDATORIO! Tenemos una maravillosa tienda de regalos disponible dentro de nuestro museo. Por favor informe a los padres y estudiantes que ofrecemos juguetes divertidos, educativos e interactivos, para todas las edades.

EXCLUSIVO DEL PERSONAL

Deposit Received: _____ Received by: _____

P.O #: _____ Date: _____ Check#: _____ Date: _____

Full (or last) Payment Received: _____ Received by: _____

501 E. Ringgold St. #5 Dean Porter Park
Brownsville, Texas 78520
(956)-548-9300 Fax:(956)504-1348