



CONFERENCIA INTERNACIONAL DE LA FAMILIA
Hilton Condado de Orange/Costa Mesa
Del 17 al 19 de Julio 2009
(800) 562-6265

Forma de Registración
Profesionales y Familias
(Por favor Impresione)

Nombre de la Persona Completando la Forma: _____

Domicilio: _____
Dirección de Calle *Estado o Provincia* *Zona Postal*

País: _____ E-Mail: _____

Teléfono de Día: _____ Teléfono de Celular: _____

HONORARIOS DE LA CONFERENCIA:

Registración temprana tiene que ser recibida antes del 29 de Mayo de 2009. La conferencia será de Viernes a Domingo y incluye 4 comidas, recepción de apertura, programas de niños, y cuidado de niño.

Grupos en Edad	Registración temprana	Después de Mayo 29 o en la puerta
Adulto (19+)	\$ 85.00	\$110.00
Nino(4-18)	\$ 25.00	\$ 35.00
Edad 3 Para Bajo	Gratis	Gratis

METODOS DE PAGO:

Hay 4 maneras de registrarse y pagar:

1. Completar la registración en el Internet y pagar usando tarjeta de crédito (*VISA, MasterCard, AMEX*)
2. Enviar por correo o hacer Fax la forma de registración y mandar un cheque.
3. Enviar por correo o hacer Fax la forma de registración y oden de compra.
4. Registrarse y pagar el costo más alto en la puerta.

Por favor de hacer el cheque o oden de compra a nombre de NAPVI. Dinero en efectivo, tarjeta de credito, oden de compra, y cheques seran aceptados en el sitio de registración. Ningun reembolsos.

ENVIAR EL PAGO Y FORMA DE REGISTRACION A:

NAPVI (Atencion: Susan LaVenture)
P.O. Box 317, Watertown, MA 02471

Nota: Las tarifas especiales de cuartos de hotel será disponible hasta el 19 de Junio o hasta que el bloque del grupo este vendido cualquier sea primero. Por favor de hacer su reservaciones lo mas pronto posible a (714) 540-7000 o www.orangecountycostamesa.hilton.com

REGISTRACION:

Miembros de NAPVI recibirán 10% de descuento en el total del costo de registraci3n para la 2009 Conferencia Internacional De Familias. Nota: Asociaci3n en NAPVI ser3 \$40.00 por un individuo (profesional, abuelo/a o otro miembro extendido de la familia) o \$40.00 para la familia de un ni1o con impedimento visual (padres/guardianes y su ni1os).

Solamente completar informaci3n si usted esta uni3ndose o renovando NAVPI:

Nombre: _____

Domicilio: _____
Direcci3n de Calle Estado o Provincia Zona Postal

Estado: _____ E-Mail: _____

Tel3fono de D3a: _____ Tel3fono de Tarde: _____

▪ # _____ Adultos (19+) @ \$ _____/cada uno = \$ _____

▪ # _____ Ni1o's (4-18) @ \$ _____/cada uno = \$ _____

▪ # _____ Ni1o's 3 para bajo (gratis)

▪ # de _____ @ \$40.00/cada uno = \$ _____

▪ Miembros corrientes, por favor de incluir su 10 d3gitos de membresia: _____

Subtotal: \$ _____

Descuento para Miembros de NAPVI (10% en su costo de subtotal): \$ _____

Grande Total: \$ _____

SERVICIOS PARA CUIDADO DE NINOS

IMPORTANTE!

Una vez que usted ha completado esta forma de registraci3n usted debe de ir a "Secci3n de Informaci3n de Antecedentes de Ni1o" y descargue la forma Informaci3n de Antecedentes de Ni1o en www.familyconnect.org.

- Si usted quiere cuidado de ninos durante la conferencia usted tiene que completar esta forma.
- La forma Informaci3n de Antecedentes de Ni1o tiene que ser completada para cada ni1o atendiendo la conferencia.

DETALLES DE REGISTRACION:

Los nombres serán pre-impresadas en etiquetas. Por favor incluir todo los adultos atendiendo y marcar la sección donde apropiada (Por favor impresione).

Nombre(s) de Adultos (Edades 19+)	Seleccione Uno	Intreprete de Lenguaje Gestual	Intreprete de Language	Formato de Lectura	Necesidades Dietéticas	Excursión Familiar (La Noche del Sábado)
	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Profesional	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Que Language? _____	<input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> CD Para Documentos de Braille <input type="checkbox"/> Impresión Regular <input type="checkbox"/> Impresión Grande	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Sin Gluten <input type="checkbox"/> Vegetariano <input type="checkbox"/> Otro (Lista) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Profesional	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Que Language? _____	<input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> CD Para Documentos de Braille <input type="checkbox"/> Impresión Regular <input type="checkbox"/> Impresión Grande	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Sin Gluten <input type="checkbox"/> Vegetariano <input type="checkbox"/> Otro (Lista) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Profesional	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Que Language? _____	<input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> CD Para Documentos de Braille <input type="checkbox"/> Impresión Regular <input type="checkbox"/> Impresión Grande	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Sin Gluten <input type="checkbox"/> Vegetariano <input type="checkbox"/> Otro (Lista) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Profesional	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Que Language? _____	<input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> CD Para Documentos de Braille <input type="checkbox"/> Impresión Regular <input type="checkbox"/> Impresión Grande	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Sin Gluten <input type="checkbox"/> Vegetariano <input type="checkbox"/> Otro (Lista) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Profesional	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Que Language? _____	<input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> CD Para Documentos de Braille <input type="checkbox"/> Impresión Regular <input type="checkbox"/> Impresión Grande	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Sin Gluten <input type="checkbox"/> Vegetariano <input type="checkbox"/> Otro (Lista) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Profesional	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Que Language? _____	<input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> CD Para Documentos de Braille <input type="checkbox"/> Impresión Regular <input type="checkbox"/> Impresión Grande	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Sin Gluten <input type="checkbox"/> Vegetariano <input type="checkbox"/> Otro (Lista) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

REGISTRATION DETAILS:

Los nombres serán pre-impresadas en etiquetas. Por favor incluir todo los adultos atendiendo y marcar la sección donde apropiada. (Por favor impresione)

Nombre(s) de Niños (Edades 0-18)	Edad	Cuidado De Niño	Formato de Lectura	Necesidades Dietéticas	Para Olympiadas	Excursión Familiar La Noche del Sábado	Tamaño de Camisa
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> CD Para Docu- mentos de Braille <input type="checkbox"/> Impresión Regular <input type="checkbox"/> Impresión Grande	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Sin Gluten <input type="checkbox"/> Vegetariano <input type="checkbox"/> Otro (Lista) _____ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Deportes adaptivos para edades 8-17. No experiencia es necesaria</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> X-Grande <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Pequeño
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> CD Para Docu- mentos de Braille <input type="checkbox"/> Impresión Regular <input type="checkbox"/> Impresión Grande	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Sin Gluten <input type="checkbox"/> Vegetariano <input type="checkbox"/> Otro (Lista) _____ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Deportes adaptivos para edades 8-17. No experiencia es necesaria</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> X-Grande <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Pequeño
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> CD Para Docu- mentos de Braille <input type="checkbox"/> Impresión Regular <input type="checkbox"/> Impresión Grande	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Sin Gluten <input type="checkbox"/> Vegetariano <input type="checkbox"/> Otro (Lista) _____ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Deportes adaptivos para edades 8-17. No experiencia es necesaria</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> X-Grande <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Pequeño
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> CD Para Docu- mentos de Braille <input type="checkbox"/> Impresión Regular <input type="checkbox"/> Impresión Grande	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Sin Gluten <input type="checkbox"/> Vegetariano <input type="checkbox"/> Otro (Lista) _____ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Deportes adaptivos para edades 8-17. No experiencia es necesaria</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> X-Grande <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Pequeño
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> CD Para Docu- mentos de Braille <input type="checkbox"/> Impresión Regular <input type="checkbox"/> Impresión Grande	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Sin Gluten <input type="checkbox"/> Vegetariano <input type="checkbox"/> Otro (Lista) _____ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Deportes adaptivos para edades 8-17. No experiencia es necesaria</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> X-Grande <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Pequeño

COMIDAS

Indicar el número de personas atendiendo que necesitan comidas (Niños 0-3 comen gratis)

- **Viernes: Recepción de Apertura** # de Adultos (19+) Atendiendo: _____
de Niños (4-18) Atendiendo: _____

- **Sábado: Desayuno** # de Adultos (19+) Atendiendo: _____
de Niños (4-18) Atendiendo: _____

- **Sábado: Almuerzo** # de Adultos (19+) Atendiendo: _____
de Niños (4-18) Atendiendo: _____

- **Excursión Familiar** # de Adultos (19+) Atendiendo: _____
de Niños (4-18) Atendiendo: _____
de Niños (0-3) Atendiendo: _____

- **Domingo: Desayuno** # de Adultos (19+) Atendiendo: _____
de Niños (4-18) Atendiendo: _____

Sesión de Los Ojos

Padres están favorecidos en atender la Condición De Los Ojos o Sesión de Discapacidad el Sabado a las 10:15am, padres/abuelos/as, por favor de marcar el grupo que usted gusta atender.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Achromatopsia | <input type="checkbox"/> Retinal Condiciones |
| <input type="checkbox"/> Albinismo | <input type="checkbox"/> Retinitis Pigmentosa |
| <input type="checkbox"/> Aniridia | <input type="checkbox"/> Retinoblastoma |
| <input type="checkbox"/> Anophthalmia/Microphthalmia | <input type="checkbox"/> Retinopathy de la Precocidad |
| <input type="checkbox"/> Cataratas & Glaucoma | <input type="checkbox"/> La Enfermedad de Stargardt |
| <input type="checkbox"/> CHARGE | <input type="checkbox"/> Sordomudo |
| <input type="checkbox"/> Coloboma | <input type="checkbox"/> Leber Congénito Amaurosis |
| <input type="checkbox"/> Deterioro Visual Cortical | <input type="checkbox"/> Discapacidades Múltiples |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Córnea | <input type="checkbox"/> El Abuelo al Apoyo del Abuelo |
| <input type="checkbox"/> Atrofia Óptica de Nervio/Hypoplasia | <input type="checkbox"/> Otras Condiciones Visuales: _____ |

Si hay información adicional que usted cree que necesitamos por favor explique:

Por favor de hacer el cheque o oden de compra a nombre de NAPVI

ENVIAR EL PAGO Y FORMA DE REGISTRACION A:

**NAPVI (Atención: Susan LaVenture)
P.O. Box 317, Watertown, MA 02471
FAX: (617) 972-7444**