

The Institute for Dance  
 3356 Ironbound Rd  
 Suite 501  
 Williamsburg, VA 23188  
 757-229-1717

**Registration Form**

Registration Date:

Account No.

<b>Billing Name</b>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Address	<input type="text"/>			
City	<input type="text"/>	State	<input type="text"/>	Zip/Postal <input type="text"/>
Hm Phone	<input type="text"/>	SSN	<input type="text"/>	Private <input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>			
Parent 1	<input type="text"/>		Hm. Phone	<input type="text"/>
Employer	<input type="text"/>		Wk. Phone	<input type="text"/>
	Cell	<input type="text"/>	Pager	<input type="text"/>
Parent 2	<input type="text"/>		Hm. Phone	<input type="text"/>
Employer	<input type="text"/>		Wk. Phone	<input type="text"/>
	Cell	<input type="text"/>	Pager	<input type="text"/>
Emergency Contacts	<input type="text"/>		Phone	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		Phone	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		Phone	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		Phone	<input type="text"/>

757-229-1717

<b>Student Name</b>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Address	<input type="text"/>			
City	<input type="text"/>	State	<input type="text"/>	Zip/Postal <input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		SSN	<input type="text"/>
Birthdate	<input type="text"/>	Sex	<input type="text"/>	School <input type="text"/>
				Grade <input type="text"/>
Medical Info:	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
Dr. Name	<input type="text"/>		Phone	<input type="text"/>

<b>Classes</b>	<b>Name</b>	<b>Level</b>	<b>Room</b>	<b>Day</b>	<b>Time</b>	<b>Tuition</b>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Registration Fee:

Total Tuition:

Registration Note

Parent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_