

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO DE MEMBRO

Nome da Criança: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: _____
 Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Grau Escolar: _____
 Escola: _____

Nome da Criança: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: _____
 Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Grau Escolar: _____
 Escola: _____

Nome da Mãe (Responsavel se pai ou mãe nao estão presentes): _____
 Endereço: _____
 Telefone: _____
 Empregador: _____
 Posição: _____
 Telefone de trabalho: _____
 Cellular: _____
 Email: _____

Nome do Pai (Responsável se pai ou mãe nao estão presentes): _____
 Endereço: _____
 Telefone: _____
 Empregador: _____
 Posição: _____
 Telefone de trabalho: _____
 Cellular: _____
 Email: _____

ASSINATURA NECESSÁRIA NA PRÓXIMA PÁGINA

INFORMAÇÃO VOLUNTÁRIA

Nós apreciariamos seu preenchimento das seguintes informações, de maneira que nos ajudará em nossas aplicações para United Way. Fundos do Governo Federal para nossos programas. Obrigado.

1. Seu filho recebe desconto ou almoço grátis da escola?
2. RENDA ANUAL : (Por favor marque um.)
 _____ Menos ou \$10,000 _____ \$10,001-\$20,000 _____ \$20,001-\$30,000
 _____ \$30,000-\$50,000 _____ \$50,001-\$70,000 _____ \$over \$70,000
3. CRIANÇA VIVE COM: _____ Mãe _____ Pai _____ Mãe e Pai
 Outro-Responsável: _____
4. ESTADO CIVIL DOS PAIS/RESPONSÁVEL: _____ Solteiro(a) _____ Casado(a) _____ Divorciado(a)
 _____ Viúvo(a) _____ Outro
5. ÉTNICO/ORIGEM: (Opcional)
 _____ Branco - não de origem hispânica _____ Preto - não de origem hispânica
 _____ Hispânico _____ Português
 _____ Brasileiro _____ Asiático
 _____ Nativo Americano _____ Outro

EM CASO DE EMERGÊNCIA:

Se os pais/guardião não podem ser encontrados

Nome: _____ Relacionamento: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Nome: _____ Relacionamento: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Nome: _____ Relacionamento: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Escreva qualquer condição médica, física ou emocional que nós devemos estar cientes para cuidar melhor do seu filho(a): (ALERGIAS, medicamentos, etc)

AUTORIZAÇÃO E TERMO DE CONSENTIMENTO

1. Eu entendo que todo esforço será feito para me contactar em caso de uma emergência que exige atenção médica para meu filho(a). No entanto, se eu não puder ser alcançado, eu autorizo os empregados qualificados do Boys & Girls Club para o transporte de meu filho(a) para o hospital mais próximo.
2. Médico/Seguro: _____
 Telefone eEndereço: _____
3. Eu autorizo os empregados/voluntários do Boys & Girls Club que são treinados nos fundamentos de primeiros socorros para cuidar do meu filho, quando necessário.
4. Eu dou permissão para o meu filho(a) a participar em viagens/passeios por meio de ônibus/van. Eu entendo que serei antecipadamente notificado(a) de qualquer programação.

5. **SIM / NÃO (circule um)** Eu dou permissão para que meu filho(a) seja fotografado(a)/filmado para fins de relações públicas. Isso inclui mídia, nosso website e folhetos.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

DATA: _____

Taxa de Membro: \$ _____

Doações Adicionais: \$ _____ Usado para apoiar os programas do Club.