

**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.

## 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 apreciáramos 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

4. ÉTNICO/ORIGEM: (Opcional)

\_\_\_\_ Branco - não de origem hispânica

\_\_\_\_ Preto - não de origem hispânica

\_\_\_\_ Hispânico

\_\_\_\_ Português

\_\_\_\_ Brasileiro

\_\_\_\_ Asiático

\_\_\_\_ Nativo Americano

\_\_\_\_ Outro