

FORMULARIO DE REGISTRACIÓN PARA MEMBRESÍA

EN CASO DE EMERGENCIA SI EL PADRE O GUARDIÁN NO PUEDE SER CONTACTADO

NOMBRE _____ RELACIÓN _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

NOMBRE _____ RELACIÓN _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

NOMBRE _____ RELACIÓN _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

INDIQUE CUALQUIER CONDICIÓN MEDICA, FÍSICA, O EMOCIONAL DE LA CUAL DEBERÍAMOS SER CONSCIENTES PARA MEJOR SERVIRLE A USTED Y A SU NIÑO/A: (alergias, medicamentos, etc.) _____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. Entiendo que se hará todo lo posible para contactarme en el caso de una emergencia médica que requiera mi niño/a. Sin embargo, si no pueden localizarme, yo le autorizo al personal cualificado del Boys and Girls Clubs transportar a mi niño/a al hospital más cercano.

Médico y seguro del niño/a _____
Teléfono y dirección _____

2. Yo le autorizo al personal/voluntarios del Boys and Girls Clubs capacitados en primeros auxilios tratar a mi niño/a cuando sea apropiado.

3. Yo doy permiso para que mi niño/a pueda participar en paseos por medios de autobús/camioneta. Entiendo que seré notificado con anticipación de los paseos.

4. Si / No (marque uno) - Doy permiso para que mi niño/a sea fotografiado/a o estar en videos para propósitos de relaciones públicas.

Firma del Padre/ Guardián _____

Fecha _____

NOMBRE DEL NIÑO(A): _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD : _____ CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ SEXO _____ GRADO _____

ESCUELA: _____

TRANSPORTACION: SI NO

NOMBRE DEL NIÑO(A): _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD : _____ CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ SEXO _____ GRADO _____

ESCUELA: _____

TRANSPORTACION: SI NO

MADRE (GUARDIÁN FEMENINO) _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO DE LA CASA _____

EMPLEADO _____ POSICIÓN _____

TELÉFONO DEL TRABAJO _____ CELULAR _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

Email: _____

PADRE (GUARDIÁN MASCULINO) _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO DE LA CASA _____

EMPLEADO _____ POSICIÓN _____

TELÉFONO DEL TRABAJO _____ CELULAR _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

Email: _____

SE REQUIERE FIRMA EN LA SIGUIENTE PAGINA

INFORMACIÓN VOLUNTARIA

Apreciaríamos que usted conteste la siguiente información, ya que nos ayudaría en nuestras aplicaciones de fondos del United Way y becas del estado y gobierno federal para nuestros programas. Gracias.

1. ¿SU NIÑO RECIBE UN ALMUERZO REDUCIDO EN LA ESCUELA?

2. Sueldo Anual de la casa (favor marque uno)

____ Menos ou \$10,000 ____ \$10,001-\$20,000 ____ \$20,001-\$30,000

____ \$30,000-\$50,000 ____ \$50,001-\$70,000 ____ \$over \$70,000

3. Niño(a) vive con ____Madre ____Padre ____ Ambos

____ Otro (Quien)

4. ESTATUS CIVIL DEL PARIENTE/GUARDIÁN ____ SOLTERO/A

____ CASADO/A ____ DIVORCIADO/A ____ VIUDO/A ____ OTRO

5. IDENTIDAD RACIAL / ÉTNICA (OPCIONAL)

____ HISPANO ____ BRASILEÑO ____ PORTUGUÉS ____ OTRO