

Forma de Registro para Adolescentes



OFFICE USE ONLY
 School Year
 Summer

Información de Miembro			
Primer nombre:		Apellido:	
Número de celular (adolescentes):		Número de miembro:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Otro _____	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Otro	Fecha de nacimiento: ____/____/____ Escuela: _____ Grado _____
Alergias: <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Moderado		Síntomas o reacciones a alergias:	
Información de Miembro/a (Adicional)			
Primer nombre:		Apellido:	
Número de celular (adolescentes):		Número de miembro:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Otro _____	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Otro	Fecha de nacimiento: ____/____/____ Escuela: _____ Grado _____
Alergias: <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Moderado		Síntomas o reacciones a alergias:	
Información de Miembro/a (Adicional)			
Primer nombre:		Apellido:	
Número de celular (adolescentes):		Número de miembro:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Otro _____	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Otro	Fecha de nacimiento: ____/____/____ Escuela: _____ Grado _____
Alergias: <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Moderado		Síntomas o reacciones a alergias:	
Información de Casa			
Residencia primario: <input type="checkbox"/> Casados (ambos padres) <input type="checkbox"/> Divorciado (vive con padre) <input type="checkbox"/> Divorciado (vive con madre) <input type="checkbox"/> Otro: _____	Su hijo/a recibe: <input type="checkbox"/> Almuerzo regular <input type="checkbox"/> Almuerzo reducido <input type="checkbox"/> Almuerzo gratis	Ingresos anuales (información se usa para becas) <input type="checkbox"/> 25m o menos <input type="checkbox"/> 26m-50m <input type="checkbox"/> 51m-75m	<input type="checkbox"/> 76m-100m <input type="checkbox"/> 101m-125m <input type="checkbox"/> 126m- o más
Idioma primario en casa: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Dirección de Casa	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección de Correo	Ciudad	Estado	Código Postal
Información de Padre/Guardián			
Nombre completo:		Empleador:	
Posición de trabajo:			
Correo electrónico:	Número de celular: ()	Número alternativa: ()	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa
Información de Madre/Guardián			
Nombre completo:		Empleador:	
Posición de trabajo:			
Correo electrónico:	Número de celular: ()	Número alternativa: ()	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa

POR FAVOR DE FIRMAR ATRAS

Contactos de Emergencia:

Nombre completo	Relación	Número de teléfono	Nombre completo	Relación	Número de teléfono
1.		()	5.		()
2.		()	6.		()
3.		()	7.		()
4.		()	8.		()

Leer con Cuidado

Al firmar doy mi permiso a mi hijo/a para que se convierta en miembro de Boys & Girls Clubs de St. Helena y Calistoga. Entiendo que el Club no es responsable por el tiempo o la manera en que él/ella puede llegar o dejar el Club, y que los Boys & Girls Clubs de St. Helena y Calistoga y sus propiedades no son responsables por lesiones personales o pérdida de propiedad.

Al firmar doy mi consentimiento para que mi hijo/a sea tratado por un médico o cirujano en caso de una enfermedad o lesión repentina mientras participa en un programa de Boys & Girls Clubs de St. Helena y Calistoga. Se entiende que el costo del mismo correrá por mi cuenta. Para proteger la seguridad del personal y nuestros miembros y reducir la responsabilidad el personal de Boys & Girls Clubs de St. Helena y Calistoga no dispensa ni almacena medicamentos de ningún tipo para nuestros miembros.

Al firmar doy mi permiso para que las calificaciones de mi hijo/a el almuerzo gratis/reducido y los resultados de las pruebas estatales sean entregados a Boys & Girls Clubs de St. Helena y Calistoga solo en conjunto con programas relacionados con educación y manejo de casos (Programa ASES) Entiendo que las calificaciones individuales de los estudiantes no se mostrarán ni usarán fuera de Boys & Girls Clubs de St. Helena y Calistoga.

Al firma doy mi permiso para que mi hijo/a sea fotografiado, grabado y entrevistado para el uso por los Boys y Girls Clubs de St. Helena y Calistoga y también Boys y Girls Clubs de America en materiales promocionales.

Al firmar doy mi permiso para que mi hijo/a participe en actividades programadas que se realizan fuera del sitio en instalaciones cercanas; es decir, parque, piscina, biblioteca y otras agencias juveniles. Entiendo que en estos casos mi hijo/a estará acompañado con un miembro del personal cuando camine o use transporte público. Para ciertos eventos especiales o excursions, recibirá una hoja de permiso.

Al firmar entiendo que la asistencia depende de que los miembros sigan las expectativas del Club y muestren un comportamiento positivo. El personal del club se reserve el derecho de suspender o cancelar las asistencia o membresía en cualquier momento si no se siguen esas lineamientos.

For Office Use Only

Paid in Full: Cash Check Credit Card
(Staple Copy of Receipt to Form)

Payment Plan: \$ _____ per Month

Scholarship: 100% 75% 50% 25%

Notes:

Firma de Padre/Guardían

Fecha