



## Solicitud de membresía de verano 2018 Teen Center

Esta sección es SOLO uso para el CLUB

Scholarship Date: \_\_\_\_\_ Paid: \$ \_\_\_\_\_ Date Paid: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_ Comet: \_\_\_\_\_

### Información del padre o tutor:

Primer nombre/ Apellido: \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Numero de Casa/Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Primer nombre/ Apellido: \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Número telefónico de Casa/Celula \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

### Información de miembros:

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado entrar : \_\_\_\_\_

|                                |                 |              |
|--------------------------------|-----------------|--------------|
| <b>Ethnicity: (Circle One)</b> | American Indian |              |
| African American               | Hispanic/Latino |              |
| Caucasian                      | Asian           | Multi-Racial |

### Información médica

(Si su niño necesita tomar medicamento durante el club hable con el director de los joven)

Medicamentos/alergias: \_\_\_\_\_

Lista de problemas significativos o discapacidad (por ejemplo, asma, alergia de picadura de abeja, convulsiones):  
\_\_\_\_\_

Cumple los requisitos su hijo para el almuerzo gratis/reducida:      sí      NO

Niño vive con:      ambos padres      el padre      la madre      Guardian

### Contactos de emergencia:

Las siguientes serán contactadas si yo no puedo ser localizado. También están autorizados a recoger a mi niño (a).

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Si su hijo está en contacto regular con cualquiera de los siguientes profesionales, por favor, su nombre y número de teléfono de contacto:**

1. Trabajadora Social: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

2. Consumo juvenil: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

3. Psicólogo y psiquiatra: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

4. Otro socio de la comunidad: radial teléfono: \_\_\_\_\_

\*\*\* Le da el permiso a Boys & Girls Club de ponerse en contacto con estos profesionales si tenemos preguntas acerca de cómo servir mejor a su hijo? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ \*\*\*

**Lea atentamente**

**Tenemos una política de puertas abiertas donde se permiten todos los adolescentes a abandonar el edificio por su cuenta una vez y volver una vez a menos que marque aquí:**

**NO doy permiso a mi hijo (a) para salir por su cuenta.**

**Mi niño se le permite irse en bicicleta / caminar a casa después \_\_\_\_\_ pm.**

**Política de puertas abiertas**

Tengo entendido que el Boys & Girls Club de Fond du Lac tiene una política de puertas abiertas. Esta política significa que mi hijo es Bienvenido en cualquier momento durante el horario. También entiendo que mi hijo tiene permitido abandonar el edificio y regresar al edificio sólo una vez. Una vez que hayan abandonado el edificio una segunda vez no podrán volver porque entiendo que el Boys & Girls Club no es responsable de mi hijo una vez que dejan el Club. Si mi hijo no tiene mi permiso para abandonar el edificio, les informare a el Boys & Girls Club Teen Centro personal mente o por escrito.

**Política de comportamiento y las expectativas**

He leído y comprender los chicos y adolescente Centro código de conducta de chicas Club de Fond du Lac. Entiendo que todos los miembros deben seguir estas políticas en todo momento cuando son parte de Boys & Girls Club actividades. Entiendo que el club se reserva el derecho de revisar todas las pertenencias personales y que si no se siguen estas políticas se traducirá en consecuencias específicas para miembros que pudieran resultar en la suspensión temporal o permanente del programa.

**Emergencia médica**

En el caso de una emergencia, tengo entendido que se realizará cada intento de ponerse en contacto conmigo. Si yo no puedo ser alcanzado por la presente doy mi permiso al médico seleccionado por el Boys & Girls Club miembro del personal para asegurar un tratamiento adecuado para mi hijo.

**Permiso de medios de comunicación/fotos**

Doy mi permiso para que mi hijo aparezcan en la cobertura de medios de comunicación para el Boys & Girls Club de Fond du Lac.

No permito que fotos o videos de mi hijo/hija sean usadas para uso de relaciones publicas.

**Política de viajes**

Autorizo el Boys & Girls Club de Fond du Lac a mi hijo salidas al campo del transporte por autobús o van dentro de la ciudad local durante horas de funcionamiento normales de Club. No será necesario llenar la hoja de permiso.

**Política de recogida**

Entiendo que si no levanto a mi hij(a a tiempo cuando se cierra el club, tendrá un cargo. También entiendo que si mi hijo (a) no es levantado dentro de 15 minutos de la hora de cierre, el Club tiene el mandato de ponerse en contacto con la policía.

**Certifica que he leído y entiendo la información anterior:**

Firma del padre o Guardian: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_