

FOR OFFICE USE ONLY: Form and Payment Received by (staff initials): _____ Date: _____ Unit Location: _____
 Member #: _____ New: _____ Renewal: _____ Start Date: _____ Expiration Date: _____
 Fee: _____ Check/CC/MO#: _____ Cash: _____ Entered by (staff initials): _____ Date: _____

INFORMACION DE MIEMBROS

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Género: H M Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Talla de Camisa: **JUVENIL: P M L XL ADULTO: P M L XL**

Etnicidad: Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro Hispano Blanco
 Dos o Más razas – por favor especifique: _____

Dirección Residencial: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección de Envío: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Detalles de la Escuela:

Escuela: _____ Grado: _____

¿Su hijo recibe la comida gratis/precio reducido? Si No

Detalles Médicos:

Problemas de Salud Graves: Si No En caso afirmativo, for favor explique: _____

Medicamentos: Si No En caso afirmativo, for favor explique: _____

INFORMACION DE LOS PADRES/GUARDIAN

Nombre: _____ Apellido: _____

Relación con el Miembro: Mamá Papá Madrastra Padrastro Abuela(o) Padre Adoptivo
 Otro – por favor explique: _____

Lugar de Empleo: _____

Teléfono: _____ Celular Trabajo De Casa

Teléfono: _____ Celular Trabajo De Casa Autorización de Recogida

Correo Electrónico: _____ De Casa Trabajo Contraseña: _____

INFORMACION DEL HOGAR

El Miembro vive con: Mamá Papá Madrastra Padrastro Abuelo(s) Padre Adoptivo(s)
 Otro – por favor explique: _____

Número Total en el Hogar: _____

Actual Cabeza de Familia: Mujer Hombre Ambos

Padre Soltero: Si No

Conexión Militar en el Hogar – Servicio Activo, Guardia Nacional, Reservado, Veterano:
 Si No En caso afirmativo, Cúal Rama: _____

Nivel de Ingreso Anual en el Hogar-seleccione uno:

NOTA: Recolectamos esta información con fines de redacción de subvenciones:

- | | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| \$0 - \$5,000 <input type="checkbox"/> | \$30,001 - \$35,000 <input type="checkbox"/> | \$60,001 - \$65,000 <input type="checkbox"/> |
| \$5,001 - \$10,000 <input type="checkbox"/> | \$35,001 - \$40,000 <input type="checkbox"/> | \$65,001 - \$70,000 <input type="checkbox"/> |
| \$10,001 - \$15,000 <input type="checkbox"/> | \$40,001 - \$45,000 <input type="checkbox"/> | \$70,001 - \$75,000 <input type="checkbox"/> |
| \$15,001 - \$20,000 <input type="checkbox"/> | \$45,001 - \$50,000 <input type="checkbox"/> | \$75,001 - \$80,000 <input type="checkbox"/> |
| \$20,001 - \$25,000 <input type="checkbox"/> | \$50,001 - \$55,000 <input type="checkbox"/> | \$80,001 - \$85,000 <input type="checkbox"/> |
| \$25,001 - \$30,000 <input type="checkbox"/> | \$55,001 - \$60,000 <input type="checkbox"/> | \$85,001 - \$90,000+ <input type="checkbox"/> |

INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA Y/O AUTIRUZADO PARA RECOGER MIEMBRO

Nombre: _____ Apellido: _____ Relación con el Miembro: _____

Teléfono: _____ Celular Trabajo De Casa

Teléfono: _____ Celular Trabajo De Casa

Nombre: _____ Apellido: _____ Relación con el Miembro: _____

Teléfono: _____ Celular Trabajo De Casa

Teléfono: _____ Celular Trabajo De Casa

Nombre: _____ Apellido: _____ Relación con el Miembro: _____

Teléfono: _____ Celular Trabajo De Casa

Teléfono: _____ Celular Trabajo De Casa

POLITICAS, RENUNCIAS, EXCENSIONES DE RESPONSABILIDAD-Iniciales al lado de cada elemento

____ LIBERACION MEDICA DE EMERGENCIA

En el caso de que no puedan localizarme fácilmente durante una emergencia, por la presente autorizo al personal de Boys & Girls Club del condado de Washington a dar mi consentimiento para un examen o tratamiento médico, quirúrgico o dental. Autorizo el tratamineto y/o atención en cualquier hospital o por personal médico autorizado. Seré responsable de cualquiera/todos los costos de atención médica y tratamiento.

____ MEDICAMETOS RECETADOS O DE VENTA LIBRE

Soy conciente de que Boys & Girls Club del condado de Washington no permite medicamentos recetados o de venta libre en sus instalaciones. Si necesito que Boys & Girls Club del condado de Washington le proporcione a mi hijo dicho medicamento, solicitaré y firmaré los formularios de divulgación requeridos.

____ POLITICA DE COMERCIALIZACION

Doy mi permiso para que tomen fotos y videos ocasionales de mi hijo para los esfuerzos promocionales del Boys & Girls Club del condado de Washington.

____ POLITICA DE APOYO ACADEMICO

Doy mi permiso para que Boys & Girls Club del condado de Washington y Brenham ISD y/o Burton ISD intercambien información sobre mi hijo. Boys & Girls Club del condado de Washington tiene mi permiso para copiar y/o ver las boletas de calificaciones de mi hijo. Entiendo que todos los datos recopilados permanecerán confidenciales, y toda la información recopilada tendrá el propósito de ayudar a ambas organizaciones a apoyar el progreo académico y social en la escuela y el Club.

____ RENUNCIA GENERAL

Boys & Girls Club del condado de Washington no es responsable por la pérdida o daño de propiedad personal. Boys & Girls Club del condado de Washington no es responsable de ningún modo en caso de daño o lesion que sufra el miembro. Se coloca en acuerdo que el padre o guardian no reponsabilizará al Boys & Girls Club del condado de Washington por el bienestar o el paradero del miembro. Si el padre o guardian presenta una queja contra el Club, el padre o guardian acepta pagar los honorarios legales del Boys & Girls Club del condado de Washington.

____ TARIFAS

Todas las tarifas de registro y/o actividades NO SON REEMBOLSABLES.

____ MANUAL PARA PADRES/MIEMBRO

He leído y comprendo las políticas y los procedimientos establecidos en el Manual para padres/miembros del Boys & Girls Club del condado de Washington.

____ TRANSPORTACION

Entiendo que cada vez que inscribe a mi hijo para asistir a una actividad o excursion fuera del Club, doy mi permiso para que Boys & Girls Club del condado de Washington transporte a mi hijo hacia y desde esas actividades.

POLITICA DE CAMPO ABIERTO

____ Boys & Girls Club del condado de Washington es un **CAMPO ABIERTO**. Esta política permite que los miembros entren y salgan en cualquier momento durante el horario de funcionamiento del Club.

____ Los miembros del personal, en circuntancias normales, no pueden prohibir que un miembro abandone el establecimiento según los reglamentos del Departamento de Servicios de Protección y Regulación de Texas que rigen los establecimientos y/o programas exentos de licencia como establecimientos de cuidado infantil. Por lo tanto, es responsabilidad del niño Y del padre o tutor determinar, comprender y hacer cumplir los métodos de llegada y salida que consideren adecuados.

____ Tenga en cuenta que los jóvenes no están permitidos en los terrenos del Club durante el horario de funcionamineto a menos de que esten registrados y participando en las actividades del Club. NO se debe dejar a los miembros antes de la apertura de nuestras instalaciones, ya que el Club no se hace responsable de la supervision de dichos jóvenes.

AUTHORIZACION DEL PADRE/GUARDIAN

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____