



Forma de Registro Para Membrecia

Office Use Only:
Comments: _____
Date: _____ Staff: _____
Data Entered: _____

Por Favor Imprimir

Nombre Legal de Estudiante: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Codigo Postal: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Genero: Femenino Masculino Estado de Miembro: Miembro Nuevo Miembro Renovando

Telefono: (____) _____ Escuela: _____ Grado: _____

Correo Electronico de Estudiante _____ Pinnacle # _____

Informacion de Contacto – Adultos Viviendo en Casa

1. Circula uno: Madre Padre Madrastra Padrastro Guardian Legal Otro _____

Apellido _____ Primer Nombre _____

Empleador _____ Numero de telefono (____) _____ Ext. _____

Celular _____ Correo Electronico _____

2. Circula Uno: Madre Padre Madrastra Padrastro Guardian Legal Otro _____

Apellido _____ Primer Nombre _____

Empleador _____ Numero de telefono (____) _____ Ext. _____

Celular _____ Correo Electronico _____

El Siguiete informacion es muy importante para nuestros archives y los fondos que nuestra organizacion recibe. Las respuestas que recibimos es completamente confidencial. Su cooperacion en llenando esta informacion es apreciado

Ethnicity: (Circula Una) Africano Americano Asiatico Hispano/Latino

Multi-Racial Nativo Americano Isleno Pacifico Blanco

Entorno Familiar: (Circula Uno) Familia de 1 Padre Familia de 2 Padres Otro

Cuantas personas viven en su hogar? (Circula uno o rellena "Otro") 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Otro _____

Hay una separacion, o divorcio o problema de custodia que el staff del programa debe saber? No Si

Si lo hay, por favor explique: _____

Ingreso anual de hogar: (Marque uno)

\$0-12,000 \$12,000-17,000 \$17,000-25,000 \$25,000-35,000 \$35,000-45,000

\$45,000-\$65,000 \$65,000-85,000 \$85,000 +

Estas elegible o inscrito para que la familia reciba Gratis/Reducido almuerzo en la escuela de su hijo? No Si

Por favor complete la parte trasera

Informacion Medica:

Por favor indica todo la lista de medicaciones que su hijo o hija esta tomando o cualquier problema medica/alergias. (Por favor Imprimir):

Su hijo tiene necesidades especiales? (ADHD, ADD, Autismo, Discapacidad, etc.) _____

He leído la aplicacion completada; entiendo las reglas de Boys & Girls Club de Corvallis (BGCC) y la solicitud de mi hijo/hija sera admitido como miembro. He explicado todas las reglas a mi hijo/hija y entendemos que el estado de la membresia es basada en la habilidad de obedecer las reglas de BGCC y el comportamiento hacia los miembros del personal y voluntaries. Las membresias pueden ser suspendidas o terminado en cualquier tiempo por mal comportamiento sin reembolso.

Yo estoy de acuerdo que BGCC no sera responsable por cualquier accidente que le pasa a mi hijo/hija cuando esta en el edificio o cuando tome parte de cualquier actividad del Club lejos de BGCC. Le doy consentimiento al medico o hospital en caso de emergencia, y al transporte par ir y regresar, si es nesesario a su destino. Tambien le doy permiso para que mi hijo o hija que tenga acceso al Departamento de Salud del Benton County para el servicio de *drop-in* que es desponible en BGCC. No sostengo a los miembros de la Junta, empleados, Voluntarios, o Patrosinadores responsable por cualquier lesion que ocure durante la participacion en cualquier actividades o programas de BGCC. .

Doy permiso para tomar fotografias, en cual mi hijo o hija puede aparecer, para ser utilizado para BGCC como material informatica o para marketing y/o para recaudacion de fondos.

Comprendo que BGCC y el Distrito Escolar de 509J va a compartir informacion academica respect a la educacion de su hijo/hija. Esta informacion sera determinado en el corriente nivel del desempeno academic de su hijo/hija y tambien en la area que nesesitan ayuda. Puedo revocar la autorisacion en cualquier momento por notificando BGCC por escrito, sin embargo, no afectara ningunos acciones que se llevan antes de la revocacion recibida o acciones que se llevan basadas en la informacion que fue compartida previamente.

Le doy permiso a BGCC para coleccionar informacion via online o encuestas escritas, cuestionarios, intrevistas, o grupos de enfoque del nino/nina menor enscrito en esta aplicacion. Toda la informacion sera confidencial. Los datos coleccionados a traves de las encuestas seran resumido y agregar y excluir todo las referencias a cualquier respuesta individual. Los resultados agregados de estos analisis pueden ser compartidos con los empleados del Club, Boys & Girls Clubs de America (BGCA), Financiadores, y partes interesadas de la comunidad para la evidencia del programa de eficacia y/o el impacto a nuestros miembros.

Entiendo que es mi responsabilidad para notificar el BGCC de cualquier cambio que puede afectar el cambio de la cuenta de mi hijo o hija.

Entiendo que mi hijo/hija tiene que ser levantado antes que BGCC cierren, y BGCC no es responsable para supervisar los miembros despues que cierren. Hay un cargo adicional si su hijo/hija no es levantado a tiempo.

Entiendo que BGCC tiene una polisa de campo abierto y BGCC no asume ninguna responsabilidad para miembros en cuanto salgan del edificio. Un precio adicional puede ser ajustado sin notificacion; Las cuotas de afiliacion no son transferible o reembolsable.

Firma de Padre o Guardian Legal

Firma del Miembro del Club

Fecha: Mes _____ Dia _____ Ano _____