

# Forma de Registro para Miembro



**BOYS & GIRLS CLUBS**  
OF ST. HELENA AND CALISTOGA

\*\*\*OFFICE USE ONLY\*\*\*

- School Year  
 Summer

Información de Miembro			
Primer nombre:		Apellido:	
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 _____
Alergías: <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Moderado		Síntomas o reacciones a alergías:	
Condición médica, físico y comportamiento: <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Moderado		Por favor de especificar comportamiento o necesidades asociada con esta condición:	
Información de Miembro/a (Adicional)			
Primer Nombre:		Apellido:	
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 _____
Alergías: <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Moderado		Síntomas o reacciones a alergías:	
Condición médica, físico y comportamiento: <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Moderado		Por favor de especificar comportamiento o necesidades asociada con esta condición:	
Información de Miembro/a (Adicional)			
Primer Nombre:		Apellido:	
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 _____
Alergías: <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Moderado		Síntomas o reacciones a alergías:	
Condición médica, físico y comportamiento: <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Moderado		Por favor de especificar comportamiento o necesidades asociada con esta condición:	
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"/> 25k o menos <input type="checkbox"/> 26k-50k <input type="checkbox"/> 51k-75k	<input type="checkbox"/> 76k-100k <input type="checkbox"/> 101k-125k <input type="checkbox"/> 126k- 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

**Otro Contactos: Las siguientes personas pueden recoger mi hijo/a de Boys & Girls Clubs de St. Helena y Calistoga:**

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

**Las siguientes personas no están permitidas a recoger a mi hijo/a: \*Se requiere documentación judicial para evitar que cualquier persona recoja a su hijo/a.**

Nombre completo	Relación	Edad
1.		
2.		

**Las Pólizas de Liberación Temprano**

Debido a las pautas de subvención estatales y federales, los miembros de Boy & Girls Clubs de St. Helena y Calistoga deben asistir todo los días a la escuela desde la salida hasta las 5:50 p.m. para garantizar que el programa se utilice de manera con eficacia y consecuentemente. Los miembros pueden abandonar el Club temprano en las circunstancias siguientes (por favor marque todos lo que apliquen):

- Miembro asiste a un programa paralelo (por ejemplo, intervención, liga deportivas comunitarias, o grupo de la comunidad)
- Miembro recibe transportación patrocinado por el distrito y debe irse a una hora designada
- El horario familiar hace que sea difícil para el niño/a irse o ser recogido a las 6:00 p.m.
- Miembro tiene otras obligaciones fuera del programa
- Miembro tiene cita médica
- Las condiciones climáticas hacen que sea difícil para un niño/a irse o ser recogido a las 6:00 p.m.

**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: <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Check <input type="checkbox"/> Credit Card <b>(Staple Copy of Receipt to Form)</b>  Payment Plan: \$_____ per Month  Scholarship: <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25%	Notes:
---	--------

Firma de Padre/Guardían

Fecha