



PROGRAMA PARA DESPUES DE LA ESCUELA 2018-19

PRECIOS Y INFORMACION

Horas de Operación: L-V. 2:30 pm - 6:00 pm
Sitio de Red: <http://www.bgcs.org>
Edades: 5-12 (Grados K-6)

Precios:	<u>Primer Niño</u>	<u>Cada Niño/a Adicioneles</u>
Costo de Membresía	\$25(anual)	\$25(anual)
Campamento de Verano	\$190/mensual*	\$175/mensual*

*** Ayuda financiera está disponible para las familias que califiquen. Solicitudes para ayuda financiera que estén incompletas no serán aceptadas.**

POR FAVOR NOTE: Su cuenta tiene que estar sin deudas para que su hijo/a asista al Club. Si no han pagado antes del lunes, Agosto 4 su hijo/a no podrá asistir el Club.

Grados 7th-12th Solamente (Horas de operación: 2:30am-6:00pm)

Costo de Membresía	\$25(anual)	\$25(anual)
Cobro Adicional	\$0	\$0

TRANSPORTE

El club no proporciona transporte. El único transporte disponible es a través del distrito escolar para estudiantes que asisten a las siguientes escuelas:

- Hirsch Academy
- Tonalea Elementary
- Tavan Elementary
- Ingleside Middle School

EL CLUB ESTARA CERRADO

Día del trabajador	3 de septiembre, 2018
Día del veterano	12 de noviembre, 2018
Día de acción de gracias	21-23 de noviembre, 2018
Navidad	25-26 de diciembre, 2018
Día antes de año nuevo	31 de diciembre, 2018
Día de año nuevo	1 de enero, 2019
Día de Martin Luther King, Jr.	21 de enero, 2019

QUE HARA MI HIJO/A EN EL CLUB?

Los miembros se dividen en grupos basados en sus grados escolares. Los miembros rotan de área en área en el Club en incrementos de 45 minutos. Los miembros son sometidos a programas de aprendizaje en cada rotación. Se les proporcionará una botana a las 3:30 pm. Si tiene más preguntas no dude en llamar al 480.344-5595 para obtener más información. Gracias!



SOLICITUD DE MEMBRESÍA

APELLIDO
MIEMBRO #
CLUB
PROGRAMAS

INFORMACIÓN DEL NIÑO

APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SUFIJO (Jr., etc.)
APODO		GÉNERO	ORIGEN ÉTNICO <input type="checkbox"/> Afroamericano. Blanco Nativo Amer. Asiático Hispano Otra		
DOMICILIO		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		TELÉFONO			
GRADO	ESCUELA	FECHA DE NACIMIENTO		NÚMERO DE PERSONAS EN CASA	
MIEMBRO DE SRPMIC ? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO SI SÍ, DE QUÉ COMUNIDAD? <input type="checkbox"/> SALT RIVER <input type="checkbox"/> LEHI					

CONTACTO DE EMERGENCIA

CONTACTO DE EMERGENCIA (NO TUTOR)		TELÉFONO	RELACIÓN CON EL NIÑO
ALERGIAS	COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO	MEDICAMENTOS	

INFORMACIÓN DE LOS PADRES / TUTORES

APELLIDO			APELLIDO		
NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SUFIJO (Jr., etc.)	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SUFIJO (Jr., etc.)
RELACIÓN CON EL NIÑO	ESTADO CIVIL		RELACIÓN CON EL NIÑO	ESTADO CIVIL	
DIRECCIÓN			DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	TELÉFONO <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		TELÉFONO <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	TELÉFONO o Casa o Celular o Trabajo	
CORREO ELECTRÓNICO			CORREO ELECTRÓNICO		
EMPLEO			EMPLEO		
PUESTO			PUESTO		

INFORMACIÓN DEL HOGAR

INGRESO ANUAL DEL HOGAR (Elegir una opción) <input type="checkbox"/> \$30,000 - \$39,999 <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 <input type="checkbox"/> \$40,000 - \$49,999 <input type="checkbox"/> \$10,000 - \$19,999 <input type="checkbox"/> \$50,000 - \$99,999 <input type="checkbox"/> \$20,000 - \$29,999 <input type="checkbox"/> \$100,000 +		MILITAR ACTIVO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO RAMA MILITAR:	
PARTICIPACIÓN/CALIFICACIÓN PARA PROGRAMAS DE ASISTENCIA <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN DE VETERANOS <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> CUPÓN DE GUARDERÍA <input type="checkbox"/> TANF/AFDC <input type="checkbox"/> PROGRAMA DE ALMUERZOS ESCOLARES <input type="checkbox"/> ESTAMPILLAS <input type="checkbox"/> PROGRAMA REDUCIDO O GRATUITO DE ALMUERZOS ESCOLARES		EL NIÑO VIVE CON <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> PADRASTRO O MADRASTRA <input type="checkbox"/> OTRO:	
		HOGAR DE UN SOLO PADRE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	HOGAR TEMPORAL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Por este medio autorizo que mi hijo/a sea miembro de Boys & Girls Clubs of Greater Scottsdale. Otorgo mi autorización para que mi hijo/a reciba tratamiento médico de emergencia en caso de enfermedad o accidente, si no es posible localizarme. Autorizo ampliamente el uso de fotografías, película y/o video para cualquier exposición, publicaciones y/o publicidad relacionada con el Club, sin limitación o reserva y sin compensación alguna. Entiendo que el Club no es responsable por el tiempo y la forma en la que mi hijo/a llegue o salga del Club y que él/ella puede entrar y salir por voluntad propia. Si no deseo que mi hijo/a salga del Club, reconozco que es mi responsabilidad comunicárselo a él/ella. También entiendo que no está permitido el reingreso una vez que mi hijo/a salga del Club. Boys & Girls Clubs y sus propiedades no son responsables por lesiones personales o pérdida de propiedades.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR	TESTIGO	FECHA
FECHA DE INICIO	FECHA DE VENCIMIENTO	ACTUALIZADO ABRIL 2018



ACUERDO DEL PADRE/TUTOR

He leído y estoy de acuerdo con el Manual del Padre o Tutor y con las Políticas de Boys & Girls Clubs of Greater Scottsdale. Entiendo lo que se espera de mi hijo/a y de mí durante el tiempo que él/ella asista al Club. Me comprometo a explicar estas expectativas a mi hijo/a. Por favor escriba sus iniciales en las casillas a continuación.

Política de Tecnología (He leído y estoy de acuerdo)

Política de Conducta (He leído y estoy de acuerdo)

Boys & Girls Clubs of Greater Scottsdale tiene mi autorización para el uso de fotografías, reproducciones de video y cualquier grabación de sonido de mi hijo/a. Dicho uso puede incluir fines publicitarios. (Declaro que la identidad de mi hijo no se encuentra bajo protección y que él/ella no se encuentra bajo orden judicial de protección o custodia preventiva).

Autorizo la administración de encuestas previas y posteriores, al igual que de herramientas de evaluación en línea, a mi hijo/a mientras forme parte de los programas de Boys & Girls Clubs of Greater Scottsdale. Entiendo que los resultados son de utilidad para evaluar la efectividad del programa, que la información es confidencial, y que copias de dichas encuestas/herramientas se encuentran a mi disposición, previa solicitud de mi parte.

Declaro que como padre/tutor que firma la solicitud de membresía, soy responsable total y parcialmente de las cuotas que se deban pagar al Club por el miembro. Estoy consciente que cualquier información solicitada por un tercero deberá ser solicitada por mí, de forma verbal o escrita, al Director del Club y firmada por el padre que solicite los registros.

(Clubes Lehi y Red Mountain solamente) Entiendo que en caso de que se requiera una consulta relacionada con el manejo de ira, luto, problemas familiares, etc., los Clubes Lehi y Red Mountain referirán a los miembros y a las familias a las agencias de Salt River Pima Maricopa Indian Community o a otras agencias para recibir los servicios requeridos.

(Club Vestar solamente) Mi hijo tiene permiso de usar la pared para escalar como parte de los programas de deportes, desarrollo físico y recreativos disponibles en el Club. La pared para escalar mide 10 pies de altura y 30 pies de amplitud. El piso debajo de la pared está equipado con tapetes especiales para estos fines. Los miembros del Club deberán usar calzado adecuado para poder acceder a la pared de escalar.

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR		FECHA
FORMA DEL PADRE/TUTOR		FECHA
NOMBRE DEL NIÑO	NOMBRE DEL NIÑO	
NOMBRE DEL NIÑO	NOMBRE DEL NIÑO	

FAVOR DE REGRESAR ESTA FORMA FIRMADA JUNTO CON LOS DEMÁS DOCUMENTOS

PERMISO DE SALIDA

NOMBRE DEL NIÑO	GRADO	ESCUELA
NOMBRE DEL NIÑO	GRADO	ESCUELA
NOMBRE DEL NIÑO	GRADO	ESCUELA
NOMBRE DEL NIÑO	GRADO	ESCUELA

Las siguientes personas cuentan con mi autorización para recoger a mi(s) hijo/a(s) del Club. (Por favor incluya también su nombre).

1.

NOMBRE
TELÉFONO
RELACIÓN

2.

NOMBRE
TELÉFONO
RELACIÓN

3.

NOMBRE
TELÉFONO
RELACIÓN

4.

NOMBRE
TELÉFONO
RELACIÓN

5.

NOMBRE
TELÉFONO
RELACIÓN

INFORMACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Otorgo mi autorización para que mi(s) hijo/a(s) reciban tratamiento médico de emergencia en caso de no ser posible localizarme.

INICIALES DEL PADRE O TUTOR

CONDICIONES O DISCAPACIDADES

Por favor describa cualquier condición especial o discapacidad de su hijo/a(s) tales como auditiva, lenguaje, asma, emocional, de comportamiento, etc.

NOMBRE DEL NIÑO/CONDICIONES
NOMBRE DEL NIÑO/CONDICIONES
NOMBRE DEL NIÑO/CONDICIONES
NOMBRE DEL NIÑO/CONDICIONES
NOMBRE DEL NIÑO/CONDICIONES

¿CÓMO SE ENTERÓ SOBRE NOSOTROS?

- AMIGO INTERNET
 MIEMBRO ACTUAL O RECURRENTE
 OTRO: