

**PARA USO DE OFICINA  
SOLAMENTE**

Pagado: \_\_\_\_\_  
Visiones: \_\_\_\_\_  
Facturación de estudiante: \_\_\_\_\_



Scottsdale Charros Branch  
2017-18

## REGISTRACIÓN PARA PROGRAMA DESPUES DE ESCUELA Grados K-6

Nombre de Niño/a \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
Nombre de Niño/a \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
Nombre de Niño/a \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
Nombre de Niño/a \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

### Información del Padre/Tutor:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Las siguientes personas tienen mi permiso para recoger a mi hijo/a del club o en caso de alguna emergencia pueden ser comunicados para saber de nuestro bienestar:**

1. **Nombre de Padre:** \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

2. **Nombre:** \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

3. **Nombre:** \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

4 **Nombre:** \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

5. **Nombre:** \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

### **INFORMACION MEDICA/EMERGENCIA**

Usted tiene mi permiso para asistir a mi hijo/a en caso de una emergencia si no me pueden localizar o no puedo llegar.

Iniciales de padres: \_\_\_\_\_

### **Condiciones/Problemas especiales:**

Ejemplos: audición, asma, problemas emocionales, conductual \_\_\_\_\_

**¿Cómo se enteró acerca de nosotros** (por favor circule uno)?

\_\_\_\_ Un Miembro de volver/existente  
\_\_\_\_ Amistad \_\_\_\_ Internet \_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_

**Firma del padre/guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**PARA USO DE OFICINA  
SOLAMENTE**

Pagado: \_\_\_\_\_  
Visiones: \_\_\_\_\_  
Facturación de estudiante: \_\_\_\_\_



Número de socio: \_\_\_\_\_

# SOLICITUD DEL MIEMBRO

## Información de Niño

Apellido \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Segundo do Nombre \_\_\_\_\_ (Jr., etc.) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Apodo \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_  
Grado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Género (marque uno) Niño Niña Escuela \_\_\_\_\_  
Etnicidad (marque uno) Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Africano Amer.     Blanco     Amer. Nativo  
 Asiático     Hispano     Otro

Los siguientes aplican solamente ha miembros de SRP-MIC y en ninguna manera los descalifican de ser aceptados para ser miembros de Boys & Girls Club. ¿Son miembros de SRP-MIC? ¿Si respondieron si, de cuál comunidad?  Salt River     Lehi

## Información de Emergencia

Contacto (que no sea guardián) \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_  
Relación al Niño/a \_\_\_\_\_ Medicamentos \_\_\_\_\_  
Número de Contacto # \_\_\_\_\_ Nombre de Seguro Medico \_\_\_\_\_

## Información de Padres

Apellido \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
Segundo Nombre \_\_\_\_\_ (Jr., etc.) \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ (Jr., etc.) \_\_\_\_\_  
Relación al miembro \_\_\_\_\_ Relación al miembro \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_  
Número de Trabajo # \_\_\_\_\_ Número de Trabajo # \_\_\_\_\_  
Número de celular # \_\_\_\_\_ Número de celular # \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

## Información de Hogar

### Sueldo del Hogar (Marque uno)

- Menos de \$10.000     \$40.000 -\$49.999  
 \$10.000 -\$19.999     \$50.000 -\$99.999  
 \$20.000 -\$29.999     \$100.000 +  
 \$30.000-\$39.000

### Militar Activo

- Si  
 No

### Miembro viven con (marque uno)

- Madre     Padres     Ambos  
 Madrastra     Padrastro  
 Otro

Número en el hogar \_\_\_\_\_

En caso de una emergencia de una enfermedad o accidente donde no me puedan localizar, yo doy mi permiso para mi hijo (a) reciba tratamiento. Les doy sin reservaciones o limitaciones para que publiquen fotografías, fotos de movimiento y/o videos para promover el Club. También entiendo que pueden usar estos artículos para cualquier exposición, publicación o para anuncios. También entiendo que no pagarán compensación por los que se ha mencionado arriba. Yo doy permiso para que mi hijo (a) sea miembro de Boys & Girls Clubs de Greater Scottsdale. Yo entiendo que el Club no es responsable por la hora o manera en cual el o ella llega al Boys and Girls Club de Greater Scottsdale y puede ir y venir a su propia violación. Si no quiero que mi hijo/a se vaya, yo reconozco que es mi responsabilidad de comunicárselo. Yo doy permiso al Club de contactarme en caso de que mi hijo/a se vaya del club. El Club de Niños y Niñas y su propiedad no serán responsables por daño o pérdida de propiedad.

Firma de Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## ACUERDO DE PADRE/TUTOR

HE LEÍDO Y ACORDADO AL MANUAL DEL PADRE(S)/TUTOR Y LAS POLÍTICAS DE LOS BOYS AND GIRLS CLUBS OF GREATER SCOTTSDALE. ENTIENDO LO QUE SE ESPERA DE MI HIJO(A) Y MISMO MIENTRAS EL/ELLA ASISTE AL CLUB. ACEPTO EXPLICAR ESTAS EXPECTATIVAS CON MI HIJO(A). Por favor de inicial lo siguientes:

- Política de Tecnología (He leído y estoy de acuerdo)
- Política de Comportamiento (He leído y estoy de acuerdo)
- Los Boys & Girls Clubs de Greater Scottsdale tienen mi autorización para usar fotografías, reproducción y cualquier grabación de sonido de mi hijo(a). Dicho uso puede incluir fines publicitarios y publicitarios. (Yo atestiguo que la identidad de mi hijo no está bajo protección además, él/ella no está bajo orden judicial o custodia preventiva).
- Yo apruebo la administración de encuestas pre / post, así como herramientas de evaluación en línea a mi hijo mientras él / ella está participando en el programa Boys & Girls Clubs of Greater Scottsdale. Entiendo que estos resultados son útiles para evaluar la efectividad del programa, que la información es estrictamente confidencial y que copias de las encuestas / herramientas están disponibles para mí a petición
- Reconozco que como soy el padre/guardián que firma el formulario de membresía, soy responsable en última instancia por cualquier dinero que sea debido al club en nombre de dicho miembro. Soy consciente de que cualquier información solicitada por un alguien más debe ser obtenida por mí mismo y transmitida o solicitada por escrito al Director del Club y firmada por el padre que solicite los registros.
- (Para los clubs de Lehi y Red Mountain solamente) Entiendo que en caso de que se requiera una consulta sobre asuntos como el manejo de la ira, el duelo, problemas familiares, etc., los clubs Lehi y Red Mountain referirán a miembros y familias a agencias en Salt River Pima Maricopa Indian Community u otras agencias para recibir los servicios necesarios.

\_\_\_\_\_  
DELETRE EL NOMBRE DEL PADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
EL NOMBRE DEL HIJO(A)

\_\_\_\_\_  
EL NOMBRE DEL HIJO(A)

\_\_\_\_\_  
EL NOMBRE DEL HIJO(A)

\_\_\_\_\_  
EL NOMBRE DEL HIJO(A)

**POR FAVOR REGRESE EL ACUERDO FIRMADO JUNTO CON EL REGISTRO DEL PROGRAMA DESPUES DE ESCUELA**