



GREAT FUTURES START HERE.



SOLICITUD DE MEMBRESÍA

Nuestra Misión: Permitir que todos los jóvenes, especialmente aquellos que nos necesitan más, para alcanzar su máximo potencial como ciudadanos productivos, humanitarios y responsables.

NOMBRE DEL CLUBHOUSE: Andrew Jackson Glenview Preston Taylor Franklin Fairview

Fecha inicial de membresía:	Fecha de vencimiento de membresía:	Clasificación:
-----------------------------	------------------------------------	----------------

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Género: Masculino Femenino Raza: Afroamericano Hispano Caucásico Asiático Indígena de Norte América Del Medio Oriente Multirracial Otro _____

Nombre: Apellido Primer Nombre Oficial Segundo Nombre Oficial Edad Número de Seguro Social

Domicilio Oficial: Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento Escuela/Grado Número de Teléfono/Celular Correo Electrónico

¿Ha sido miembro de este club anteriormente? Sí No ¿Hay supervisión de un adulto en casa después de clases? Sí No

Otras organizaciones a las cuales usted pertenece: _____ ¿Tiene seguro médico? Sí No (Si su respuesta es SI, favor de proveer la siguiente información):

Nombre de su seguro médico Número de póliza Número telefónico de su seguro médico

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Nombre de la madre/apoderado/tutor legal Nombre del padre/apoderado/ tutor legal

Correo electrónico de la madre/tutor legal Teléfono de la casa Correo electrónico del padre/tutor legal Teléfono de la casa

Número de hermanas y sus edades Número de hermanos y sus edades

Padres de familia (marque uno):

Cabeza de la familia (marque TODOS los que aplican):

Casado Soltero Separado Divorciado

Madre Padre Los Dos Abuela Abuelo Tía Tío

Viudo Finado Cohabitación

Madrastra Padrastra Otro _____

Ingresos Familiares Anual (por favor marque uno):

Menos de \$12,500 \$12,500-\$15,000 \$15-\$20,000 \$20-\$30,000 \$30-\$40,000 \$40-\$50,000 Arriba de \$50,000

TANF Estampillas de comida Asistencia general SSDI SSI Compensación para Veteranos Comida escolar gratis o a precio reducido Medicaid

EN CASO DE EMERGENCIA

Lista de Persona Autorizadas

Mi hijo solamente puede ser recogido por los individuos a continuación:

Nombre:	Teléfono del Trabajo:	Teléfono Celular:	Nombre:	Parentesco con el Miembro:	Teléfono de Trabajo y Celular
Nombre:	Teléfono del Trabajo:	Teléfono Celular:	Nombre:	Parentesco con el Miembro:	Teléfono de Trabajo y Celular
Nombre:	Teléfono del Trabajo:	Teléfono Celular:	Nombre:	Parentesco con el Miembro:	Teléfono de Trabajo y Celular

A mi hijo SOLAMENTE lo puedo recoger yo (Nombre) _____ a menos que haga arreglos anteriormente con el director.

Mi hijo tiene permiso de registrar su salida y caminar a casa al final del día. _____.(Firma de Padre, Madre o Tutor)



HISTORIAL DE SALUD

ESTA SECCIÓN SE DEBE LLENAR POR COMPLETO:

Escriba cualquier condición médica por las cuales su(s) hijo(s) debe recibir medicamentos tales como asma, diabetes, etc. Además, favor de escribir cualquier instrucción especial que debería saber el Boys and Girls Club, por ejemplo no productos lácteos, alergias a mani/cacahuete, etc.

Table with 4 columns: Nombre del estudiante, Condición medica, Medicamento, Instrucciones especiales. Rows 1-4.

Nombre de su Médico: _____ Teléfono del Médico: _____ Domicilio del Médico: _____

Inmunizaciones

Las inmunizaciones de mi hijo están completas y vigentes y su record medico esta en los archivos de la escuela _____.

Iniciales del padre, madre o tutor _____

Si no están completas las inmunizaciones, ¿cuándo estarán completas? _____

Si su hijo tiene una discapacidad mental, física, sensorial o un trastorno mental, por favor adjunte la declaración del médico la cual identifica la condición y da instrucciones especiales del médico para el cuidado de su hijo.

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO DEL PADRE, MADRE O TUTOR, PERMISO Y RENUNCIA

- List of 10 bullet points regarding parental consent, medical history, and program participation.

Nombre de Padre/Tutor legal/Apoderado (Letra de imprenta)

Firma de Padre/Tutor legal/Apoderado

FECHA