



Forma de Información para Membresía

BOYS & GIRLS CLUBS
OF PORTLAND METROPOLITAN AREA

FOR OFFICE USE ONLY	
Member #	_____
Paid \$	_____
Date Enrolled	_____
Program Year	_____
Staff Initials	_____
Club / Site	_____

NOMBRE DEL MIEMBRO

_____/_____/_____
Fecha De Nacimiento **Edad** **MASCULINO** **FEMENINA**

Género

Escuela del Miembro **Grado del Miembro** **Si** **No**
¿Puede Nadar?

Confidencialidad: Cualquier información confidencial solicitada es para nuestros expedientes y para el financiamiento que nuestra organización recibe. Las respuestas que usted proporciona serán mantenidas totalmente en privacidad. Su cooperación en la recopilación de ésta información es apreciada y necesaria. Los campos requeridos se denotan con un asterisks (*)

Padres/ Guardián (Letra de molde por favor)	
Nombre:* _____	Genero: Masculino Femenina
Ingreso Anual (Familia): \$0-\$12,000 _____ \$12,000-\$17,000 _____ \$17,000-\$25,000 _____ \$25,000-\$30,000 _____ \$30,000-\$35,000 _____ \$35,000-\$40,000 _____ \$45,000-\$50,000 _____ \$50,000 + _____	Dirección:* (Línea 1) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código Postal) _____
Número de Teléfono:* (____) _____ - _____ (Casa) (____) _____ - _____ (Trabajo /Cell)	Tipo de Hogar: _____ Apartamento _____ Casa de Grupo _____ Domicilio de Familia Extendida _____ Casa
# De Miembros de la Familia: _____	E-Mail Address: _____
Pertenencia Étnica: _____ Africano Americano _____ Asiático _____ Blanco _____ Hispano _____ Multi-Racial _____ Nativo Americano _____ Otro	Lenguaje Primario del Estudiante: _____ Chino _____ Corean _____ Español _____ Otro _____ Ruso _____ Laotian _____ Ingles
¿Permiso Para Obtener Grados? ¿Permiso Para Uso de Fotos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Yo do permiso para que mi niño/a participe en el BGC Youth Development Outcome Measurement Survey <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	El Miembro Reside con: _____ Solo el Padre _____ Solo la Madre _____ Dos Padres _____ Los Abuelos _____ Casa de Grupo _____ Foster Home _____ Otra
Información Médica (Letra de molde por favor)	
Compañía de Seguros: _____	Número de Póliza: _____
Medicamentos: _____	
Problemas Médicos / Alergias: _____	
Medicó: _____	Teléfono del Médico: (____) _____ - _____
Limitaciones Físicas: _____	
Contacto Informacional de Emergencia (Letra de molde por favor)	
Nombre:* _____	Nombre:* _____
Teléfono:* (____) _____ - _____	Teléfono:* (____) _____ - _____
____ Padre/Guardián ____ Contacto de Emergencia	____ Padre/Guardián ____ Contacto de Emergencia
____ Conocido ____ Contacto Primario de Emergencia	____ Conocido ____ Contacto Primario de Emergencia
____ Tío/Tía ____ Vive con Miembro	____ Tío/Tía ____ Vive con Miembro
____ Hermano/a	____ Hermano/a
____ Primo/a	____ Primo/a
____ Abuelos	____ Abuelos

Por Favor Lea e Inicialice:

_____ Apruebo la aplicación de mi hijo/a para la membresía de la asociación del Club de Niños & Niñas de la Área Metropolitana de Portland. Notificare el cambio de dirección o número de teléfono que están en lista en la aplicación de membresía.
 Entiendo que el Club de los Niños & Niñas de la Área Metropolitana de Portland tiene una "POLIZA DE PUERTA ABIERTA." Esto quiere decir que los miembros están libres de entrar y salir del Club cuando ellos quieran. Es la responsabilidad de los padres o guardián instruir a sus hijos si ellos pueden salir del Club.
 _____ Entiendo que mi hijo/hija necesita ser recogidos antes de que el Club cierre. El Club no proporciona ninguna supervisión después de cerrar. Miembros que no son recogidos después de la hora del cierre son la responsabilidad de los padres. El Club de Niños & Niñas NO asume responsabilidad. Miembros del Club serán multados si no son recogidos antes del cierre del Club.
 _____ Entiendo que la membresía de mi hijo/hija depende en la habilidad de ellos obedeciendo las reglas del Club, sus oficiales, y su personal. La membresía puede ser suspendida o cancelada en cualquier tiempo por mal comportamiento y no se le regresara.
 _____ Yo no mantendré responsable al Club de Niños & Niñas de la Área Metropolitana de Portland en caso de heridas resultando de las actividades del Club a mi hijo/hija y doy mi consentimiento para que el/ella se le de tratamiento de emergencia y del doctor o hospital en caso de accidente.

Firma de Padre o Guardián **Firma de Miembro** **Fecha**