



Boys & Girls Club de Lake County
Aplicación para matriculación para el
programa Después de la Escuela 2018-2019

Date: _____ Time: _____ Location: _____

Por el bienestar de los niños, la información proveída deberá ser completa y precisa. Es su responsabilidad mantener información actualizada de contactos de emergencia. Esta información es necesaria para mantener fundamentos, otorgar conformidad y records para los servicios del Club Boys & Girls.

Ubicación del Club: Genesee LEARN 6 Oakdale Teen Center

P
A
D
R
E

O

G
U
A
R
D
I
A
N

L
E
G
A
L

Padre/Guardian Legal 1:

Nombre: _____
Apellido: _____
Género: Masculino Femenino
Relación con miembro: _____
Domicilio Particular: _____
Ciudad: _____ Edo: _____ CP: _____
Email: _____

Empleador: _____
Ciudad: _____ Edo: _____ CP: _____
Ocupación: _____
Título: _____

Rama Militar: _____
Estatus: ___ Guardia ___ Reserva ___ Activo ___ Inactivo
Estacionado en: _____
Rango: _____
Activo desde: _____ a _____
No. Teléfono 1: _____
No. Teléfono 2: _____

Padre/Guardian Legal 2:

Nombre: _____
Apellido: _____
Género: Masculino Femenino
Relación con miembro: _____
Domicilio Particular: _____
Ciudad: _____ Edo: _____ CP: _____
Email: _____

Empleador: _____
Ciudad: _____ Edo: _____ CP: _____
Ocupación: _____
Título: _____

Rama Militar: _____
Estatus: ___ Guardia ___ Reserva ___ Activo ___ Inactivo
Estacionado en: _____
Rango: _____
Activo desde: _____ a _____
No. Teléfono 1: _____
No. Teléfono 2: _____

M
I
E
M
B
R
O

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
Apodo(s): _____ Género: Masculino Femenino
Fecha de Nacimiento M/D/A: _____ Edad: _____
Raza: Afro Americano/Negro Caucásico/Blanco Hispano/Latino Mixto Asiático
 Otro: _____
Talla de Playera: Small Medium Large Adult Small Adult Medium Adult Large
Domicilio Particular: _____
Ciudad: _____ Edo: _____ CP: _____
Teléfono Particular: _____ Email: _____

Que es la estructura de familia: (*Marque lo que aplique*) Ambos Padres Foster Parent Soltera Padres
 Padrastro/Madrastra Abuelo/a Varios Generaciones Otro: _____
Número de miembros en la familia: _____

M
I
E
M
B
R
O

Razón por la cual participa: Ayuda Académica Salud y Bienestar Lugar Seguro Modelos Positivos

Otro: _____

Grado 2017-2018 año escolar: _____ Grado 2018-2019 año escolar: _____

Nombre de la escuela: _____ Distrito escolar: _____

Contactos de Emergencia: Nombre: _____ Teléfono: _____

No pueden ser padres o guardianes legales del menor ya sea primario o secundario
Relación con miembro: _____
Nombre: _____ Teléfono: _____
Relación con miembro: _____

INFORMACIÓN ES NECESARIA Y CONFIDENCIAL.

Su familia tiene seguro de salud? Si No

Compañía de Seguro: _____

Nombre de Doctor: _____ Teléfono de Doctor: _____

Alergias: Si No Si es si, por favor explique: _____

Medicamentos: Si No Si es si, por favor explique: _____

Limitaciones físicas o médicas: Si No

Si es si, por favor explique: _____

Condiciones Médicas Especiales – Problemas de Salud (cheque todo lo aplique):

Problemas gastrointestinales o de alimentación Asma Epilepsia/Disorden de incautaciones Diabetes

Emocional/desorden de conducta incluyendo ADD o ADHD Parálisis cerebral/desorden motriz

Otro: _____

Ingreso familiar:

- Menos de \$14,999
- \$15,000 - \$24,999
- \$25,000 - \$34,999
- \$35,000 - \$49,999
- Más de \$50,000

Favor de marcar todo lo que aplique:

- TANF Compensación de Veteranos
- Estampas de comida Medicaid
- SSDI SSI
- Day Care Voucher Almuerzo Gratis o Reducido

Familia Renta departamento/casa donde viven: Si No

Familia es dueña de departamento/casa donde viven: Si No

Padre / tutor Lea y firme:

Mi hijo tiene mi permiso para participar en los Clubes de Niños y Niñas de las actividades del Condado de Lake que promueven el desarrollo positivo de la juventud proporcionando una variedad de programas y actividades apropiados para la edad únicamente para niños en edad escolar y jóvenes de 6 a 18 años, En las áreas de educación, recreación y construcción de carácter para los niños que optan por participar en ellos. Entiendo que las operaciones de los programas de desarrollo juvenil de BGCLC no están reguladas por los requisitos de licencia de cuidado infantil. Entiendo que el Club no cobra compensación por sus servicios basados en el número de visitas o sobre una base semanal o mensual u otra base periódica, a excepción de las cuotas de membresía nominales únicas y cargos por servicios de programa para actividades específicas.

Nombre del Padre/Tutor _____ Firma del Padre/Tutor _____ Mes/Día/Año _____

Payment Received: Full PP S Amount: \$ _____ Staff Initials: _____
Type: Money Order Cash

M
E
D
I
C
O

C
O
N
F
I
D
E
N
C
I
A
L



Yo, el padre / guardián del niño menor que aparece en esta solicitud, por nosotros mismos, nuestros herederos, ejecutores y administradores, por la presente libero, renuncio, absuelvo y descargo por siempre al Boys & Girls Club del Condado de Lake y Boys & Girls Clubs of America, Sus representantes, sucesores, aseguradores, cesionarios o cualquier otra persona o entidad asociada con cualquiera de las organizaciones anteriores, tales como personal, directores o voluntarios, de toda responsabilidad, reclamos, demandas o causas de acción por cualquier pérdida, daño, Lesiones o muerte y cualquier reclamo de daños y perjuicios resultantes del uso de instalaciones propiedad o controladas por las organizaciones mencionadas anteriormente, o participación en actividades de dichas organizaciones en o fuera del Club.

Entiendo y estoy de acuerdo en que el Club seguirá sus políticas de Pasaje Seguro (descritas en el Manual) con respecto a mi hijo entrando y saliendo del Club. Reconozco que la membresía en el Club está diseñada para estar disponible para los jóvenes que desean participar en cualquiera de los programas y actividades de desarrollo juvenil del Club y que la asistencia no está programada y no hay acuerdo sobre la asistencia de un joven entre el Club y los padres / guardián. Entiendo que es mi responsabilidad monitorear la participación de mi hijo / a en las actividades del Club basado en cualquier limitación física o médica que mi hijo tenga que pueda inhibir su participación.

Tratamiento médico

Entiendo que en caso de una emergencia médica, se hará todo lo posible para ponerse en contacto conmigo. En el caso de que no pueda ser contactado, autorizo al Club ya sus agentes y / o empleados a asegurar el transporte de emergencia ya asegurar y consentir cualquier y toda atención médica y tratamiento para mi hijo según lo considere necesario un proveedor de atención médica calificado. Seré responsable de todos los costos de atención médica y tratamiento.

Informacion sobre el Distrito Educativo

Doy permiso que el Club de Boys & Girls de el Condado de Lake, asista a mi hijo/hija con mejoramiento academico. De igual manera doy permiso a el Club de Boys & Girls de el Condado del Lake le pida a e respectivo Distrito Educativo por ejemplo: Waukegan-DIstrito 60, North Chicago- Distrito 187 o Zion- Distrito 6 y 126, Beach Park Distrito Escolar 3 y/o cualquier otra escuela en la cual mi hijo/hija logre asistir, que pueda intercambiar informacion sobre dicho alumno que aparezca en esta solicitud. El proposito de este intercambio de informacion es para apoyar a ambas organizaciones a proveer ayuda a nuestros miembros a obtener exito en la escuela, en el Club de Boys& Girls del Condado de Lake y en su vida. Esta autorizacion es valida por un ano a partir de la fecha en que el acuerdo es firmado y puede ser revocada en cualquier momento media ves el club sea contactado por escrito formal de la petiion al Club de Boys & Girls de el Condado de Lake.

Encuestas y cuestionarios

Yo, el padre / guardián del niño menor que aparece en esta solicitud, doy permiso para que el Club de Niños y Niñas del Condado de Lake investigue a mi hijo sobre su experiencia en el Club y sus comportamientos, habilidades y actitudes usando Boys and Girls Clubs of America's Youth Development Encuestas de la herramienta de medición de resultados u otros instrumentos de encuesta o evaluación. Entiendo que mi hijo puede recibir evaluaciones incluyendo exámenes físicos no invasivos como un beneficio de su membresía para seguir y alcanzar metas de mejoramiento personal. Reconozco que estos datos pueden ser compartidos con Boys & Girls Club of America u otros socios de la agencia para la evaluación del programa.

Tecnología

Como miembro del Club de Niños y Niñas del Condado de Lake, su hijo tendrá acceso a Internet. Mientras se toman las precauciones, es posible que él / ella pueda acceder a sitios inapropiados. Boys & Girls Club del Condado de Lake tendrá reglas y consecuencias en el Club por tal comportamiento; Sin embargo, no seremos responsables de las consecuencias de dicho acceso.

Diverso

Entiendo que el Boys & Girls Club no es responsable por artículos perdidos o robados.

Yo doy permiso para que la foto de mi hijo, imágenes en movimiento, o cualquier otra representación gráfica o semejanza, sea usado por el Boys & Girls Club del Condado de Lake para relaciones públicas y / o evaluación del programa.

Entiendo que mi hijo puede ser suspendido o expulsado del programa por incumplimiento de las reglas de la organización o por no respetar la propiedad o los materiales del club. En caso de que se produzca la expulsión del programa, entiendo que no se devolverán las tasas y renuncié al derecho de estar en o en la propiedad de BGCLC.

He leído la solicitud completa y este formulario, entendiendo las reglas del Boys & Girls Club y solicitando que mi hijo sea admitido como miembro.

Firma del Padre/Tutor

Firma del Staff del Club

Fecha