

GREAT FUTURES START HERE.

El costo de la membresía anual es de \$ 20 por año para el primer hijo, \$ 10 para el segundo hijo y \$ 5 para cualquier hijo adicional, sin exceder los \$ 50 por familia. Puede unirse en cualquier momento, sin embargo, todas las membresías vencen el 31 de agosto de 2021. Consulte a nuestro Coordinador de Membresías para el pago.

For Office Use Only

Member #: _____
 Date Entered: _____
 Staff Initials: _____
 Site: _____

SOLICITUD DE MEMBRESÍA
Información del padre / tutor

1 Nombre completo del padre / tutor principal:		Relación con la niña/niño:	
Habla a:	Ciudad:	Estado:	Código postal
Dirección de correo electrónico:			
Teléfono primario: Este número es mi: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		Teléfono secundario: Este número es mi: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	
El empleador:		Título profesional:	

2 Nombre completo del padre / tutor:		Relación con la niña/niño:	
Habla a:	Ciudad:	Estado:	Código postal
Dirección de correo electrónico:			
Teléfono primario: Este número es mi: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		Teléfono secundario: Este número es mi: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	
El empleador:		Título profesional:	

Información del niño

Nombre completo del niño: (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):		El apodo:	
Habla a:	Ciudad:	Estado:	Código postal
<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy) ____ / ____ / ____		Grado escolar a septiembre de 2020
Nombre de Escuela		Profesor (si corresponde)	
¿Hay algo que considere útil que nuestro personal tenga en cuenta con respecto a su hijo (discapacidades, miedos, etc.)?			

Información médica del niño

Compañía de seguros:	Póliza de seguro #:
Médico del niño:	Número de teléfono del médico:
Cualquier alergia conocida:	Cualquier condición médica que debamos conocer:

Información de contacto de emergencia (indique dos contactos de emergencia en caso de que no podamos comunicarnos con los padres / tutores).

1 Nombre completo del contacto de emergencia:		Relación con el niño:	
Habla a:	Ciudad:	Estado:	Código postal
Teléfono Principal: Este número es su: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		Teléfono secundario: Este número es su: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	
¿Esta persona está autorizada a recoger a su hijo del Club en su ausencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
2 Nombre completo del contacto de emergencia:		Relación con el niño:	
Habla a:	Ciudad:	Estado:	Código postal
Teléfono Principal: Este número es su: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		Teléfono secundario: Este número es su: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	
¿Esta persona está autorizada a recoger a su hijo del Club en su ausencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

Información de divulgación infantil

Enumere a las personas adicionales que pueden recoger a su hijo en el Club (indique su nombre, número de teléfono y relación con usted y su hijo):

¿Hay personas que **NO deberían poder recoger a su hijo**? Sí No, si la respuesta es "Sí", indique la siguiente información: nombre, motivo, parentesco con el niño

Información financiera

Al proporcionar la información a continuación, nos ayudará en nuestra búsqueda de fondos externos para servir mejor a nuestras familias de Boys & Girls Clubs del condado de Barron. **La información se recopila solo con fines estadísticos. Toda la información se mantendrá confidencial. Se agradece mucho su cooperación y asistencia.**

Número de personas en el hogar: _____

Ingresos anuales: \$0 - \$15,999 \$16,000 - \$22,999 \$23,000 - \$28,999
 29,000-35,999 \$36,000 - \$60,000 \$60,000+

¿Este niño es elegible para almuerzo gratis o reducido? Si No

¿Su hijo califica para alguno de los siguientes programas? (Marque todos los que correspondan)

- TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas)
- SSI
- Almuerzo gratis o reducido en la escuela
- S.N.A.P. (Programa de asistencia nutricional suplementaria)
- SSDI
- Vale de guardería
- Asistencia general
- Compensación para veteranos

El niño vive con (marque todas las que correspondan):

- Ambos padres Padre / padrastro Solo padre o madre soltera (Madre / Padre - marque con un círculo)
- Custodia compartida Padre / otro pariente (tía / tío, abuelo / abuela - marque con un círculo)
- Padre / otra persona importante Cuidado de crianza Hogar grupal
- Otro (explique: _____)

Origen étnico del niño:

- Afroamericano Asiático-isleño del Pacífico Caucásico (blanco) Hispano
- Multirracial Nativo americano Chino-americano Somalí Otro

¿Su hijo es parte de una familia militar? Sí No En caso afirmativo: Activo o Retirado

Quién es el miembro de la familia en el ejército: _____ Rama de servicio: _____

¿El miembro está actualmente desplegado? Sí No Fecha prevista de despliegue: _____

Renuncia

PUBLICACIÓN DE FOTOS / MEDIOS DE MIEMBRO

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías de mi hijo para que se utilicen en exhibiciones, folletos, boletines, etc., exclusivamente para los Boys & Girls Clubs del condado de Barron. Doy permiso para usar fotografías, audio, videos, imágenes electrónicas y / u otros trabajos de mi hijo en publicaciones, anuncios, archivos multimedia, sitios web de Internet o cualquier otro medio de comunicación o fotografía relacionada con el club.

TECNOLOGÍA

Doy permiso para que mi hijo use las computadoras con acceso a Internet. Todos los miembros completarán el programa NetSMARTZ (un curso nacional de seguridad en Internet del Boys & Girls Club) antes de cualquier actividad en la computadora. Los miembros del Boys & Girls Club pueden acceder a sitios aprobados por los miembros del personal del club, como juegos de matemáticas, etc. Los miembros no pueden acceder a cuentas de correo electrónico o sitios de salas de chat en vivo en el club a menos que sea parte de una actividad de programa estructurada. Los padres / tutores deben notificar al personal del Club si desean prohibir el acceso a ciertos sitios web.

ARTÍCULOS DE MIEMBRO

Entiendo que Boys & Girls Clubs del condado de Barron no se hace responsable por artículos perdidos o robados. Los miembros son responsables del cuidado y almacenamiento de cualquier artículo, como aparatos electrónicos o ropa, que se traen al club.

ENCUESTA Y CUESTIONARIOS

Doy permiso para que Boys & Girls Clubs of Barron County encuesta a mi hijo sobre su experiencia, comportamientos, habilidades y actitudes en el Club utilizando la Encuesta Nacional de Resultados Juveniles de Boys & Girls Clubs of America u otros instrumentos de encuesta.

La participación de los jóvenes en las encuestas seguirá las pautas del Título 34 del Departamento de Educación de EE. UU. Toda la información recibida se mantendrá estrictamente confidencial. Los datos recopilados a través de estos medios excluirán todas las referencias a respuestas individuales. Los resultados agregados de estos análisis se pueden compartir con el personal del club, Boys & Girls Clubs of America, patrocinadores y otras partes interesadas de la comunidad para evidenciar la efectividad del programa y / o el impacto del Club en nuestros miembros.

TRATAMIENTO MÉDICO

No responsabilizaré a los Boys & Girls Clubs del condado de Barron en caso de lesiones por las actividades de mi hijo en el programa del Club y doy mi consentimiento para buscar tratamiento médico de emergencia por parte de un médico u hospital en caso de accidente. Seré responsable de todos los costos de atención y tratamiento médicos.

Nota: Los clubes de niños y niñas del condado de Barron no tienen acceso a los medicamentos a los que sus hijos tienen acceso durante el día escolar. Si esto le preocupa, háganoslo saber de inmediato. Nuestra política establece que no administramos medicamentos a menos que se complete un Formulario de administración de medicamentos; si lo necesita, comuníquese con el Director del sitio. Es responsabilidad de los padres suministrar los medicamentos según sea necesario, lea el Manual para padres para obtener más información.

PERMISO PARA UTILIZAR LAS INSTALACIONES

He recibido el Manual para padres / miembros y me doy cuenta de que se realizará una orientación con mi hijo antes de su primer día en el Boys & Girls Club. Mi hijo entiende que la membresía constituye el uso de las instalaciones de una manera respetuosa y acepta cumplir lo mejor que pueda con todas las reglas y regulaciones dictadas por los Boys & Girls Clubs del condado de Barron. Renuncio a todos los derechos de reclamos contra Boys & Girls Clubs of Barron County, su Junta Directiva, Oficiales, personal o voluntarios por cualquier daño o lesión que pueda ocurrir durante la participación de mi hijo en actividades patrocinadas por el Club

PUBLICACIÓN DE EXPEDIENTE ACADÉMICO

Yo, _____ [nombre del padre / tutor], el padre o tutor legal de _____ [nombre del miembro del club], conceda a los Boys & Girls Clubs del condado de Barron mi permiso para obtener registros escolares, expedientes académicos, informes de calificaciones (boletas de calificaciones e informes de progreso) y resultados de exámenes estandarizados a través de distritos escolares asociados y sus sistemas de calificación en línea, incluido Skyward, PowerSchool, etc. Doy permiso a los Boys & Girls Clubs del condado de Barron para buscar información educativa sobre mi hijo en su escuela y comunicarse con su consejero escolar sobre el desempeño de mi hijo en la escuela.

He leído la solicitud completa y la exención, entiendo las reglas de Boys & Girls Clubs del condado de Barron y solicito que mi hijo sea admitido como miembro. Notificaré al Club de cualquier cambio en la información que figura en la solicitud de membresía. Por la presente doy mi permiso para que mi hijo se una a los Boys & Girls Clubs del condado de Barron y participe en todas las actividades del club y reconozco que mi hijo está en forma y es capaz de participar en estas actividades.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Office Use Only Staff Member Accepting Payment: _____ Date: _____

Form of Payment attached: Money Order \$ _____ Check \$ _____ Check Number: _____ Cash _____