



**Uso de Oficina Solamente**

Gratis: \_\_\_\_\_ Fecha de Entrada: \_\_\_\_\_  
Identificación del Miembro: \_\_\_\_\_  
Procesado Por: \_\_\_\_\_

Nuestro objetivo es aprender tanto como sea posible sobre nuestros miembros para hacer una acomodación de apoyo razonable que garantice su éxito en el Club. Toda la información se mantendrá confidencial. Les pedimos la siguiente información para proporcionar un ambiente lo más seguro posible para todos los jóvenes.  
**¡Gracias por escribir con claridad!**

### SOLICITUD DE MEMBRESÍA

#### Información del miembro

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_ Género: · masculino · femenino  
Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Etnicidad: · Indio Americano o Nativo de Alaska · Asia · Negro o Afroamericano · Blanco  
· Hispano o Latino · Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico · Multirracial ·  
Otro: \_\_\_\_\_  
Niño/a vive con · \_\_\_ ambos padres \_\_\_ un padre \_\_\_ otro/tutor

#### Información del Padre/Tutor

Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Tel. del Hogar: _____ Tel. del Trabajo: _____ Ext: _____ Tel. Celular: _____ Correo Electrónico: _____ Ocupación: _____ Empleador: _____	Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Tel. _____ del Hogar: _____ Tel. del Trabajo: _____ Ext: _____ Tel. Celular: _____ Correo Electrónico: _____ Ocupación: _____ Empleador: _____
--	--

**Información de Contacto de Emergencia** dos personas más a quien contactar en caso no podamos contactarnos con usted.

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____ Teléfono Principal: _____	Nombre: _____ Relación con el miembro: _____ Teléfono Principal: _____
--	--

**Información Demográfica** sus respuestas a continuación se mantienen CONFIDENCIAL y son cruciales para los financiadores ya nos ayudan a mantener las cuotas bajas de la membresía, asegurando los fondos y las donaciones.

Número total de personas viviendo en el hogar \_\_\_\_\_  
Vivienda de Subsidio: \_\_\_ Renta \_\_\_ Propietario \_\_\_ Vivienda Pública \_\_\_ Albergue \_\_\_ Orfanato Otro: \_\_\_  
Ingreso del Hogar Anual: · por debajo de \$15,730 · \$15,731-\$23,850 · \$23,851-\$29,450 · \$29,451-\$34,200  
· \$34,201-\$40,890 · \$40,891-\$49,000 · \$49,001-\$56,000 · \$56,001-\$64,750 · \$64,751-\$73,000  
· \$73,001-\$78,900 · \$78,901-\$84,750 · \$84,751-\$90,600 · \$90,601-\$100,000 · Over \$100,000

¿Recibe su hijo/a: · Almuerzo a Precio Reducido · Almuerzo Gratis · Ninguno

## Información Médica

Compañía de Seguro de Salud: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Hospital de Preferencia \_\_\_\_\_

Por favor marcar todas las que aplican: · Diabetes · ADD/ADHD · Ataques /convulsiones

Medicamento(s) \_\_\_\_\_

Otras condiciones Médicas/enfermedades/discapacidades/emocional o de comportamiento (por favor sea específico) \_\_\_\_\_

Alergias (marcar todas las que aplican):

Comidas: · Maní · Nueces · Lácteos/Lactosa · Fresas · Soya · Trigo · Mariscos/Crustáceos · Huevos

Medicina: · Penicilina · Aspirina · Amoxicilina

Ambiental · Picaduras de Abeja · Polvo del Polen · Moho · Hiedra/Grama · Otro:

\_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a un Epipen? · Sí · NO

· Asma      ¿Tiene/ trae su hijo/a un inhalador? · Sí · NO

**El personal del Club de Niños y Niñas de Waltham no puede administrar medicamentos a ninguno de sus miembros.**

## **RENUNCIA**

**Usted debe estar de acuerdo y marcar a continuación cada cuadro para poder completar la inscripción.**

Yo, el padre/tutor del menor que aparece en esta solicitud por la presente doy permiso a mi hijo/a para que asista y participe en las actividades patrocinadas por el Club de Niños y Niñas de Waltham. Por medio de la presente libero al Club de Niños y Niñas de Waltham, sus empleados, asociados y contribuyentes de la responsabilidad por cualquier lesión, pérdida o robo incurrido por mi hijo mientras participa en las actividades patrocinadas por el Club de Niños y Niñas de Waltham.

Yo, el padre/tutor del menor que aparece en esta solicitud, doy mi consentimiento para que mi hijo/a pueda ser fotografiado, audio grabado y video grabado para ser utilizadas por el Club de Niños y Niñas de Waltham y socios afiliados con fines publicitarios.

Yo entiendo que el Club de Niños y Niñas tiene una póliza de "Puerta Abierta" para todos los jóvenes, **la cual significa que mi hijo/a puede ir y venir por voluntad propia. Por favor hable con su hijo/a sobre esta póliza y establezca límites apropiados.**

Yo doy permiso al Club para que le haga una encuesta a mi hijo/a sobre su experiencia y comportamientos en el Club, habilidades y actitudes del Club de Niños y Niñas usando el kit de herramientas de medición de América (BGCA) u otros instrumentos de encuesta. Le doy permiso a WBGC para que comparta la información sobre mi hijo/a para propósitos de investigación y/o evaluar la efectividad del programa. Toda la información compartida se mantendrá confidencial, compartida a través de la identificación de datos o el intercambio de información en conjunto.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que cualquier trabajo creativo desarrollado por participantes y miembros que participan en las actividades en el club o el programa de WBGC, incluyendo sin limitación, composiciones y letras musicales, grabaciones u otros trabajos creativos de arte o de tecnología por el miembro individual o colectivamente con cualquier otro personal o miembro o de otra manera, es la propiedad única y exclusiva de WBGC.

Al firmar a continuación, ha entendido que se respetará el código de conducta. El incumplimiento de las reglas y expectativas del club pueden dar lugar a la terminación de la membresía.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## CÓDIGO DEL CLUB DE NIÑOS Y NIÑAS DE WALTHAM

- Yo RESPETARÉ al personal, el equipo y a otros miembros.
- Yo USARÉ lenguaje adecuado.
- Yo CAMINARÉ hacia una persona del personal si tengo una pregunta o un problema.
- Yo RECORDARÉ la “Regla de Oro” y tratar a los demás como me gustaría ser tratado.

Los miembros deben estar entre las edades de 6-18 años inscritos en Kínder hasta el 12 Grado.

Los miembros deben usar ropa adecuada para nadar cuándo estén en la piscina.

Los miembros deben usar ropa adecuada cuando vienen al Club (nada revelador, no harapos, sombreros, o bandanas).

Yo he leído y entiendo el Código del Club de Niños y Niñas de Waltham. Yo entiendo que si no cumplo con el código mientras estoy en el Club, enfrentaré las consecuencias de mis acciones.

Firma del miembro: \_\_\_\_\_

## POLÍTICA PARA RECOGER A LOS NIÑOS TARDE - 12 años de edad y menores solamente

Nosotros valoramos el tiempo de su hijo/a con nosotros EN todos y cada uno de los días. No obstante, también valoramos el tiempo de nuestro personal.

Nos damos cuenta que “la vida pasa”, pero para mantener el horario de nuestro club para nuestros jóvenes y el personal, estaremos imponiendo las siguientes condiciones para **recoger a los niños**:

**Horario Regular del Club:**  
**Lunes de 2 a 6pm**  
**Martes a viernes de 2 a 7 pm**

**(Horarios durante la vacación y días de nieve 9:30-5:30)**

1. Cada minuto que pase después de la hora de cerrar, incurrirá en un cargo de \$1 por minuto.
2. Se les notificará a las personas de contacto de emergencia después de 15 minutos.
3. Si no se ha podido ponerse en contacto después de 45 minutos, le notificaremos a la policía.

Firma del Padre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



### **Autorización de Información Escolar:**

Yo le doy permiso al Club de Niños y Niñas y a la escuela de mi hijo/a para que intercambien información con respecto a mi hijo/a. La información que se puede compartir incluye la información proporcionada en este formulario de solicitud de membresía, registros escolares que involucran el progreso de mi hijo/a, comportamiento, asistencia y otra información colectada por el Club de Niños y Niñas y el Departamento Escolar, incluyendo datos colectados ya sea por encuestas o pruebas. El propósito de este intercambio es de ayudar a ambas organizaciones para que hagan un mejor trabajo ayudando a los estudiantes a tener éxito dentro y fuera del entorno escolar. Esta autorización es válida por un año y puede ser revocada poniéndome en contacto con la escuela de mi hijo/a por escrito.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Escuela a la que asiste

\_\_\_\_\_  
Grado

Plan de Educación Individualizado (IEP) · Si · No

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha