



Formulario de Inscripción del BGCGG

e Información de Emergencia

Primaria



Este programa es posible gracias a una asociación entre el Distrito Escolar Unificado de Garden Grove y Boys & Girls Clubs of Garden Grove.

Niño # 1:						
Apellido		Primer nombre			Inicial del segundo nombre	
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____					Condiciones de salud/alergias:	
Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento: (mes/día/año)	Edad	Grado	Escuela	Número de Identificación Escolar (SIDN)	
Mi hijo tiene seguro médico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es No, ¿le gustaría que le ayudarán a obtener seguro médico para su hijo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del médico o plan de salud _____ Número de teléfono: () _____						
Mi hijo puede tener acceso al Internet durante el presente año escolar y/o en el programa de verano. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Para satisfacer mejor las necesidades de su hijo, por favor indique si él tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es Sí, ¿autoriza usted al BGCGG para que obtenga del GGUSD los detalles correspondientes a ese IEP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pueden tomar fotografías y videos de mi hijo y usarlos para propósitos de capacitación y promoción. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						

Niño # 2:						
Apellido		Primer nombre			Inicial del segundo nombre	
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____					Condiciones de salud/alergias:	
Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento: (mes/día/año)	Edad	Grado	Escuela	Número de Identificación Escolar (SIDN)	
Mi hijo tiene seguro médico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es No, ¿le gustaría que le ayudarán a obtener seguro médico para su hijo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del médico o plan de salud _____ Número de teléfono: () _____						
Mi hijo puede tener acceso al Internet durante el presente año escolar y/o en el programa de verano. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Para satisfacer mejor las necesidades de su hijo, por favor indique si él tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es Sí, ¿autoriza usted al BGCGG para que obtenga del GGUSD los detalles correspondientes a ese IEP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pueden tomar fotografías o videos de mi hijo y usarlos para propósitos de capacitación y promoción. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						

Información del proveedor de cuidado infantil/Padre de familia # 1:						
Apellido		Primer nombre			Inicial del segundo nombre	
Dirección		Apartamento #		Ciudad		Código postal
Dirección de correo electrónico		Fecha de nacimiento: (mes/día/año)		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Número de teléfono de la casa ()		Número de teléfono celular ()		Número de teléfono del trabajo ()		
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____						
Lengua materna: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Otro (Por favor anótelo abajo)						
Ingreso familiar: <input type="checkbox"/> \$0-\$24,999 <input type="checkbox"/> \$25,000-\$54,999 <input type="checkbox"/> \$55,000-\$89,999 <input type="checkbox"/> Más de \$90,000 Tamaño de la familia (marque con un círculo): 2 3 4 5 6 7 8 9 10						
Empleador:						
¿Con quién vive el alumno? <input type="checkbox"/> Ambos padres de familia <input type="checkbox"/> Padre o madre de familia soltero/a <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro _____						
¿Existe alguna orden de restricción u orden judicial de la cual debemos estar enterados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No *Se requiere copia de los documentos						
He recibido y leído el Manual para Padres. Entiendo y cumpliré con las políticas. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						

Información del proveedor de cuidado infantil/Padre de familia # 2:			
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	
Dirección	Apartamento #	Ciudad	Código postal
Dirección de correo electrónico	Fecha de nacimiento: (mes/día/año)	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Número de teléfono de la casa ()	Número de teléfono celular ()	Número de teléfono del trabajo ()	
Empleador:			

Contactos de Emergencia y Personas Autorizadas para recoger al alumno: Por favor, incluya en la sección de abajo por lo menos una persona autorizada para recoger al alumno. Todas las personas autorizadas para recoger al alumno deben tener 18 años de edad o más.			
Apellido	Primer nombre	Relación o parentesco	Teléfono ()
Apellido	Primer nombre	Relación o parentesco	Teléfono ()
Apellido	Primer nombre	Relación o parentesco	Teléfono ()
Apellido	Primer nombre	Relación o parentesco	Teléfono ()

Por medio de la presente reconozco y certifico que yo soy el padre, la madre o tutor legal del niño(s) que estoy inscribiendo en *Boys & Girls Clubs of Garden Grove* (BGCGG). Yo entiendo que los nombres anotados en la sección de Contactos de Emergencia y Personas Autorizadas han sido aprobados por mí para que recojan a mi(s) hijo(s). BGCGG solamente dejará salir a mi(s) hijo(s) con aquellas personas que estén anotadas la sección de Contactos de Emergencia y Personas Autorizadas para recogerlo(s). Todas las personas autorizadas para recoger a mi(s) hijo(s) DEBEN tener 18 años de edad o más, y deben proporcionar un documento de identificación válido a la hora de recogerlo(s). BGCGG y el GGUSD no serán responsables en caso de que algún niño abandone las instalaciones sin permiso.

Por este medio doy mi consentimiento para la membresía de mi(s) hijo(s) en *Boys & Girls Clubs of Garden Grove* (BGCGG), y libero al Club, al Distrito Escolar Unificado de Garden Grove (GGUSD) y a sus oficiales de toda responsabilidad. BGCGG tiene mi autorización para seleccionar a un médico en caso de emergencia, y proporcionar el tratamiento necesario para mi hijo en caso que el padre de familia o médico autorizado no se encuentre disponible.

BGCGG se compromete a trabajar en colaboración con los padres de familia y tutores en torno a las necesidades de sus alumnos, para asegurar el éxito del niño en el programa. Cuando surgen problemas de comportamiento de un miembro, BGCGG trabajará con los padres de familia y los miembros para encontrar una solución. Si BGCGG determina que mi hijo no puede cumplir con las políticas de comportamiento establecidas, se notificará a los padres de familia y se tomará una acción disciplinaria, incluyendo la posible cancelación de la membresía del niño.

Para evaluar la efectividad de nuestro programa, mi hijo puede participar en actividades de evaluación. También doy mi consentimiento para permitir que *Boys & Girls Clubs of Garden Grove*, intercambie información confidencial y registros educativos y de salud relacionados con mi(s) hijo(s) con *Boys & Girls Clubs of America* y el GGUSD. Yo he leído, entiendo y estoy de acuerdo con las actividades anteriormente mencionadas.

_____ (Nombre del personal en letra de molde) quién leyó, tradujo o asistió en llenar (marque con un círculo) el documento para _____ antes de que firmara el documento.

Firma: _____ Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

For Office Use Only		
Enrolled By: _____	Start Date: _____	End Date: : _____
Child # 1 SIDN _____	Child # 2 SIDN _____	