



Boys & Girls Club of Lawrence
 136 Water St
 Lawrence MA 01841
 (978)6832747

NO REEMBOLSOS

Fecha
Recibo#
Fee: \$

Confidencialidad: Informacion Confidencial Solicitada para nuestros regist y para la financiacion que recibe nuestros organizacion. Las respuestas que proporcione se mantendran completamente confidenciales. Su cooperacion para proporcionar esta informacion es apreciada y necesaria.

TODOS LOS CAMPOS REQUIEREN UNA RESPUESTA.

INFORMACION DE MIEMBRO:

Nombre : _____ **Segundo nombre:** _____ **Apellido:** _____ **D.O.B.** ___/___/___
Direccion : _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Codigo:** _____
Genero: M/F/otro ___ **Nuevo Miembro:** Si ___ No ___ (si No, fecha de comienzo) **Miembro desde:** ___/___/___
Numero de casa: _____ **Numero de movil:** _____ **E-Mail del Miembro:** _____

INFORMACION DE LA ESCUELA

Nombre de la escuela: _____ **Grado Actual:** _____ **ID#:** _____
Tipo De escuela: Publico ___ Charter ___ Parroquial ___ casa ___ Privado ___ **Ano De graduacion :** _____
Su hijo asiste al programa de enriquecimiento LPS: Si ___ No ___

INFORMACION MEDICA

Nombre de practica de cuidado primario: _____ **Medico de atencion primaria** _____
Direccion: _____ **Numero de telefono:** _____
Discapacidades Medicas: ADD ___ ADHD ___ ALERGIAS ___ ASTHMA ___ AUTISM/ASPERGER'S ___ DIABETES ___
Con Dicapacidad auditiva ___ **Discapacidad de aprendizaje** ___ **Movilidad mejorada** ___ **Visualmente impardo** ___
OTRO _____ **Alergias & Medicamento** _____
Cualquier necesidad de comportamiento: Si ___ No ___
Si la respuesta es de las agencias que prestan el servicio: _____
Trabajador Social _____ **Numero de telefono** _____
Permiso para administrar primero auxilios basicos: Si ___ No ___

INFORMACION DEL PADRE/TUTOR

Nombre del padre/Tutor (1): _____
Relacion: Madre ___ Padre ___ Abuelo ___ Foster ___ Tia/Tio ___ Guardian ___
Telefono del padre / Tutor: _____ **Otro tele:** _____
E-Mail: _____ **Miembro anterior del / tutor:** Si ___ No ___
Nombre del empleador: _____ **Ingresos anuales:\$** _____
Nombre del padre/Tutor(2): _____
Relacion: Madre ___ Padre ___ Abuelo ___ Foster ___ Tia/Tio ___ Guardiana ___
Nombre del padre/Tutor: _____ **Otro Tele** _____
E-Mail: _____ **Miembro anterior del padre/Tutor** Si ___ No ___
Nombre del empleador: _____ **Ingresos anuales:\$** _____

Continued on other side

Informacion De Contacto En Caso De Emergencia

Nombre del contacto de emergencia (1): _____

Relacion Familia ___ Guardiana ___ Mentora ___ Entrenador ___ Trabajador de casos ___ Vecina ___ Otro ___

Telefono de casa: _____ Telefono Movil _____

N(ombre del contacto de emergencia2): _____

Relacion: Familia ___ Guardiana ___ Mentora ___ Entrenador ___ Trabajador de casos ___ Vecina ___ Otro ___

Telefono de casa: _____ Telefono movil: _____

Informacion Del Hogar

Origen Etnico: Indio Americano ___ Asiatica ___ Negro/Afroamericano ___ Hispanic/Latino ___

Hawaiano Nativo /Islano del pacifico ___ Blanco ___ Multirracial ___ Otro ___ Desconocido ___

Miembro vive con: Ambos Padres ___ Madre ___ Padre ___ Tio ___ Tia ___ Abuelos ___ Guardiana ___ Otro _____

Padre Soltero : Si ___/No ___ Tamano de la familia (Circula uno): 1 2 3 4 5 6 7 8 Mas _____

Estado: Soltera ___ Casado ___ Divorciada ___ Viudo ___ Desconocido ___

Estado de almuerzo : Gratis ___ Precio reducido ___ Ninguno ___ Desconocido/ Noinformado ___

Los Permisos

Politica De Puerta Abierta

**Lo que significa que los miembros pueden entrar y salir del edificio siempre que
Por Favor, el club no es responsable de los miembros una vez que se vayan Boys & Girl club
de la propiedad de Lawrence .**

Le explique a mi hijo la “politica de puertas abietas “de BGCL. Si ___ No ___

Le he explicado a mi hijo las reglas de BGCL (Se encuentran en el Manual). Si ___ No ___

Acepto que el BGCL no es responsable por cualquier accidente al miembro.

Si el/ella abandona las instalaciones de BGCL voluntariamente durante las horas

del progama Si ___ No ___

Permiso para video/impresion/foto Si ___ No ___

Permiso para ser encuestado Si ___ No ___

Permiso para participar en mentoring Si ___ No ___

Permiso para acceder al boletin de calificaciones de la escula Si ___ No ___

Permiso para participar en lasactividades del club. Si ___ No ___

Permiso para uso supervisado de internet . Si ___ No ___

Sabe su hijo / hija nadar. Si ___ No ___

Su hijo/ hija recibio la vacuna Covid –19? Primer Dosis___ Completamente Vacunado___

Firma Del Padre/Tutor : _____ Fecha: _____

Solo Para Uso De Oficina