

(revised 5/2019)



### Hoja del Permiso e Inscripción

Community Bike Works, una escuela, les da estudiantes de cualquier raíz, origen nacional o étnico, todos los derechos, privilegios, programas, y actividades que son disponibles a los estudiantes de la escuela. Community Bike Works no discrimina sobre la base de raíz, color, origen nacional o étnico en la administración de sus reglas educativas, de admisiones, de erudición, y atléticas u otras programas de la escuela.

*Por favor, Escriba en letra a imprenta*

Nombre de Partícipe \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Encontré Community Bike Works a través de  amigo  maestro  consejero  otro-explica \_\_\_\_\_

Nombre de guardián \_\_\_\_\_ Conexión al niño/a \_\_\_\_\_

Nombre de persona emergencia \_\_\_\_\_ Conexión al niño/a \_\_\_\_\_

Teléfono de guardián \_\_\_\_\_ Teléfono de emergencia (distinto del otro) \_\_\_\_\_

Email para el partícipe y / o guardián \_\_\_\_\_

¿Tiene el/la niño/a algunas alergias? Si  No  En caso afirmativo, describalas \_\_\_\_\_  
Si su niño/a tiene una alergia de comida, ¿esta alérgico/a por la ingestión (comer) \_\_\_\_\_ o por el contacto (de tocar) \_\_\_\_\_? *Tenga en cuenta que Community Bike Works NO es un lugar sin maní. Por favor, pregunta si necesita alguna acomodación.*

¿Tiene el/la niño/a algunos problemas médicas? Si  No  En caso afirmativo, describalas \_\_\_\_\_

Lo que firme reconoce que montando en bicicleta no sea una actividad o manera de transporte completamente segura, y que accidentes pueden y can a ocurrir, aún con todas las precauciones. En consideraciones de los servicios proporcionados a lo que firme por Community Bike Works, lo que firme para si mismo y sus herederos, representantes personales y cesionarios, se LIBERA y siempre las DESCARGA Community Bike Works y todos sus empleos y voluntarios de todas reclamaciones, demandas, obligaciones, responsabilidades, y derechos de acción de cualquier tipo, conocido o desconocido, que podría ser usado a contra de Community Bike Works y todos sus empleos y voluntarios, relacionado a/o por razón de cualquiera ocurrencia, acontecimiento, transacción, causa, hecho, o cosa que venga de o en conjunción con instrucciones de bicicleta, entrenamiento de bicicleta, reparaciones de bicicleta, mecánicos de bicicleta, instrucción de seguridad de bicicleta, paseos de bicicleta, giras de bicicleta, competiciones de bicicleta, cualquiera actividad que tenga una conexión con bicicletas, o cualquiera actividad o viaje debajo de la supervisión de Community Bike Works. \_\_\_\_\_ (iniciales)

El partícipe tiene mi permiso para participar en los acontecimientos nombrados arriba. \_\_\_\_\_ (iniciales)

Concedo mi permiso a Community Bike Works y/o sus designados para usar y/o publicar cualquier y todas las fotografías y/o videos grabados durante todas actividades de Community Bike Works. \_\_\_\_\_ (iniciales)

Voy a exigir que el partícipe lleve un casco cuando está montando en bicicleta \_\_\_\_\_(iniciales)

En el caso de emergencia, doy el poder a autorizar atención médica al partícipe a los representantes de Bike Works. \_\_\_\_\_ (iniciales)

**Firma de Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Porque recibimos fondos federales, tiene que completar las siguientes.**

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre del Cliente (si es diferente) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

**RAZA Y ORIGEN ETNICO:** Esta información se requiere solamente para asegurarse que no haya discriminación en programas financiados con fondos federales.

**Raza (favor de marcar uno o más):**

- Blanca
- Negra
- Indio Norte Americana o Nativo de Alaska
- Asiática
- Nativo de Hawai o de las Islas Pacíficas
- Indio Norte Americana o Nativo de Alaska y Blanco
- Asiático/Asiática y Blanco
- Negro/Negra o Africano/Africana y Blanco
- Indio Norte Americana o Nativo de Alaska y Negra o Africana
- Otro Multi-Racial

**Origen Etnico (favor de marcar):**

- Hispano o Latino

**VERIFICATION DE SU FAMILIA E INGRESO**

Por favor seleccione el número de personas miembros de su familia bajo la columna "Miembros de Familia" y la categoría apropiada de su ingreso de una de las (3) tres columnas inmediatamente a la derecha del número de personas en su hogar.

**Número en la Familia      0-30% AMI                      31-50% AMI                      51-80% AMI**

___ 1 person	___ \$0 – \$16,450	___ \$16,451 – \$27,450	___ \$27,451 – \$43,900
___ 2 people	___ \$0 – \$18,800	___ \$18,801 – \$31,400	___ \$31,401 – \$50,200
___ 3 people	___ \$0 – \$21,150	___ \$21,151 – \$35,300	___ \$35,301 – \$56,450
___ 4 people	___ \$0 – \$23,500	___ \$23,501 – \$39,200	___ \$39,201 – \$62,700
___ 5 people	___ \$0 – \$25,400	___ \$25,401 – \$42,350	___ \$42,351 – \$67,750
___ 6 people	___ \$0 – \$27,300	___ \$27,301 – \$45,500	___ \$45,501 – \$72,750
___ 7 people	___ \$0 – \$29,150	___ \$29,151 – \$48,650	___ \$48,651 – \$77,750
___ 8 people	___ \$0 – \$31,050	___ \$31,051 – \$51,750	___ \$51,751 – \$82,800

¿Es una mujer la cabeza de su hogar?    Si \_\_\_                      No \_\_\_

¿Tiene el participante algún impedimento?    Si \_\_\_                      No \_\_\_

Con mi firma certifico que toda la información proveída en este documento es verdadera y correcta. **Advertencia:** La Ciudad de Allentown y HUD demandará afirmaciones y declaraciones falsas. La condena puede resultar en sanciones criminales y civiles (18 U.S.C. 1001, 1010, 1012; 31 U.S.C. 3729, 3802).

Firma: \_\_\_\_\_

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

**COMMUNITY BIKE WORKS**

235 North Madison Street | Allentown PA 18102 | 610-434-1140

**RENUNCIA DE LOS PADRES: Intercambio de información con las obras de Community Bike Works**

Por la presente, autorizo Allentown School District y/o los maestros, consejeros, y otros empleos de ASD para intercambiar información académico del estudiante que incluya: nivel de leer, grados, informes de progreso, y los exámenes estandarizados.

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ #ID: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante si tenga más de 14 años    Fecha