

**Por favor, complete los siguientes bloques para fines de redacción de subvenciones**

La siguiente información es opcional, pero **necesaria** para fines estadísticos y recibir financiación mediante subvenciones. Tus respuestas son confidenciales.

**Raza/Etnia:**

\_\_\_\_\_ Afroamericano  
\_\_\_\_\_ Asiático  
\_\_\_\_\_ Caucásico  
\_\_\_\_\_ Hispánico  
\_\_\_\_\_ Dos o más razas

**Actualmente matriculado en:**

\_\_\_\_\_ Comida gratuita o a precio reducido  
\_\_\_\_\_ Medicaid  
\_\_\_\_\_ CHIP  
\_\_\_\_\_ Servicios STAR

**El niño vive con:**

\_\_\_\_\_ Padre soltero  
\_\_\_\_\_ Ambos padres  
\_\_\_\_\_ Abuelo  
\_\_\_\_\_ Guardián  
\_\_\_\_\_ Otro

**Cabeza de familia:**

\_\_\_\_\_ Mamá \_\_\_\_\_ Papá  
\_\_\_\_\_ Ambos

**Total # en el hogar:** \_\_\_\_\_

**# en el hogar que son:**

\_\_\_\_\_ Sub-18  
\_\_\_\_\_ Mayores de 65+  
\_\_\_\_\_ Minusválido

**Ingresos familiares anuales:**

\_\_\_\_\_ \$0-\$15,000  
\_\_\_\_\_ 15.001-20.000 dólares  
\_\_\_\_\_ 20.001-30.000 dólares  
\_\_\_\_\_ 30.001-40.000 dólares  
\_\_\_\_\_ 40.001-50.000 dólares  
\_\_\_\_\_ 50.001-64.999 \$  
\_\_\_\_\_ 65.000 dólares en adelante

**Padre/Tutor Militar:**

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**Rama de Servicio:**

\_\_\_\_\_ Infantería de marina  
\_\_\_\_\_ Ejército  
\_\_\_\_\_ Fuerza aérea  
\_\_\_\_\_ Marina  
\_\_\_\_\_ Guardia Costera  
\_\_\_\_\_ Guardia Nacional Aérea  
\_\_\_\_\_ Reservas  
\_\_\_\_\_ Servicio activo

|                                                                                                                                                                                             |                     |                   |            |                                  |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|------------|----------------------------------|------|
| Nombre                                                                                                                                                                                      |                     | Segundo nombre    |            | Apellido                         |      |
| Dirección                                                                                                                                                                                   |                     | Ciudad            | Cremallera | Fecha de nacimiento              | Edad |
| Género<br>____ Masculi<br>no<br>____ Hembra                                                                                                                                                 | Nombre del profesor |                   | Grado      | Escuela                          |      |
| Nombre de la madre o tutora femenina                                                                                                                                                        |                     | Móvil:<br>Obra #: |            | Correo electrónico (Obligatorio) |      |
| Nombre del padre o tutor masculino                                                                                                                                                          |                     | Móvil:<br>Obra #: |            | Correo electrónico               |      |
| Contacto de emergencia/Permiso para recoger                                                                                                                                                 |                     | Relación          |            | Número de teléfono de día        |      |
| Contacto de emergencia/Permiso para recoger                                                                                                                                                 |                     | Relación          |            | Número de teléfono de día        |      |
| Compañía de seguros y número                                                                                                                                                                |                     |                   |            | Nombre del médico<br>Teléfono #: |      |
| ¿Existen problemas de salud graves, condiciones médicas o discapacidades que puedan limitar a los miembros a la hora de participar en actividades del Club? Si es así, por favor explícalo: |                     |                   |            |                                  |      |
| ¿Medicamentos? Si es así, por favor explícalo:                                                                                                                                              |                     |                   |            |                                  |      |

*Boys & Girls Clubs of Champion Valley no discrimina por afiliación política, raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, edad o discapacidad.*

**AUTORIZACIÓN PARENTAL**

Yo, padre o tutor del niño mencionado anteriormente, entiendo perfectamente que la participación en los Boys & Girls Clubs de Champion Valley podría resultar en lesiones o enfermedades. Asumo todos los riesgos y riesgos incidentales a dicha participación y por la presente renuncio, libero, absuelvo, indemnizo y acepto eximir de responsabilidad a los Boys & Girls Clubs of Champion Valley, a los organizadores, supervisores, participantes, voluntarios o cualquier otra persona, empresa u organización que resulte total o parcialmente de cualquier participación en los programas del Boys & Girls Club. Esta renuncia será vinculante para mis herederos, legados, administradores y cesionarios. Además, por la presente concedo pleno permiso a todos los anteriores para utilizar cualquier fotografía, vídeo, película, grabación u otro registro de mi actividad en estos programas para cualquier propósito legítimo.

**No se conceden reembolsos bajo ninguna circunstancia.**

También concedo permiso al personal gestor u otros representantes para autorizar y obtener atención médica de cualquier médico autorizado, hospital o clínica médica en caso de que mi hijo o pupilo se ponga enfermo o se lesione mientras participa en actividades fuera de casa, o en cualquier momento en que ninguno esté disponible para autorizar tratamiento de emergencia. Proporcionaré un certificado de nacimiento certificado de los mencionados arriba a petición de patrocinadores o supervisores.

**Solo para uso del club:**

Miembro #: \_\_\_\_\_ Nuevo \_\_\_\_\_ Renovación

Método de pago: \_\_\_\_\_ Efectivo \_\_\_\_\_ Comprobar # \_\_\_\_\_  
Tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_ MC \_\_\_\_\_ Visado \_\_\_\_\_ Descubrir \_\_\_\_\_ Amex  
\_\_\_\_\_ Número de confirmación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ de  
pago Cantidad pagada: \_\_\_\_\_  
Pago procesado por: \_\_\_\_\_

Plan de Pago: Cnt/Fecha \_\_\_\_\_ Cnt/Fecha \_\_\_\_\_  
Cnt/Fecha \_\_\_\_\_ Cnt/Fecha \_\_\_\_\_  
Pago final: Cnt/Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en Vision: \_\_\_\_\_  
Presentado por: \_\_\_\_\_

Subvención / Beca Solicitada:

\_\_\_\_\_ TEXSYN  
\_\_\_\_\_ Beca  
\_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

*(Imprescindible autorización del Director del Sitio/CEO)*

## Expectativas de Conducta

*Respetar a los demás • Respetarse a ti mismo • Respetar a tu Club de Chicos y Chicas y lo que representa*

### Por favor, lee lo siguiente y inicia cada afirmación que indique que la has leído y comprendido:

Por la presente doy permiso para que mi hijo (o pupilo) se haga miembro de los Boys & Girls Clubs of Champion Valley (el "Club") y participe en todos los programas y actividades. Un Manual para Padres/Miembros está disponible bajo solicitud. Entiendo que el Club **NO** está regulado como guardería con licencia por el Estado de Texas y que hay una política de campus abierto en todo momento. Además, entiendo que el Club **NO** se hace responsable del momento ni de la forma en que mi hijo (o tutela) pueda llegar o salir del centro.

Entiendo y estoy de acuerdo en que mi hijo (o pupilo) debe recogerse antes de la hora de cierre. Varias incorporaciones tardías podrían suponer una suspensión del Club.

\_\_\_\_Entiendo que el Club no puede ni va a administrar medicamentos recetados ni de venta libre de ningún tipo a mi hijo (o a mi pupilo).

\_\_\_\_En caso de emergencia, autorizo al personal del Club a asegurar tratamiento médico para mi hijo (o tutela) y que yo, como tutor legal, asumiré toda la responsabilidad de pagar los gastos médicos asociados a dicho tratamiento. Entiendo que el Club no proporciona seguro médico para mi hijo (ni para mi pupilo).

\_\_\_\_Entiendo que el Club no reembolsa membresías y que mi hijo (o pupilo) debe obedecer todos los estándares de conducta. Además, entiendo que los problemas de comportamiento que no se pueden resolver pueden hacer que mi hijo (o tuyo) sea suspendido del Club sin reembolso económico.

\_\_\_\_Entiendo que el Club no es responsable ni legalmente responsable de ninguna pérdida de bienes personales ni de lesiones corporales sufridas por el solicitante en cualquier propiedad del Club o en relación con actividades en cualquiera de sus instalaciones, o mientras esté ocupado en actividades del Club fuera del Club.

### Doy permiso y/o consentimiento para lo siguiente:

\_\_\_\_para la foto de mi hijo (o de mi hijo) o cualquier reproducción de ella (mientras esté ocupado con actividades relacionadas con el Club) para ser utilizada con fines de publicidad o recaudación de fondos. Doy permiso para que el Club use el nombre de mi hijo (o de mi pupilo) o cualquier nombre ficticio con fines de publicidad o recaudación de fondos.

\_\_\_\_para que mi hijo (o tutela) participe en todas **Apropiado para la edad** programas educativos, como S.M.A.R.T. Moves (Skills Mastery and Resistance Training), un programa nacional de prevención que ayuda a los jóvenes a evitar el alcohol, el tabaco y otras drogas, y a alcanzar competencia social; S.M.A.R.T. Girls, un programa nacional que ofrece actividades específicas por edad diseñadas para fomentar el carácter e inculcar valores de integridad, autodisciplina y respeto mutuo; y Passport to Manhood, un programa nacional que inculca en los niños los valores y la brújula moral que lo harán Ayudarles en su camino desde la adolescencia hasta la edad adulta. Entiendo que los temas de discusión pueden incluir cambios físicos, emocionales y sociales en nuestro cuerpo, citas y amistades, hábitos nutricionales como trastornos alimentarios, ejercicio saludable, habilidades de comunicación, cuidado del cuerpo, ética, bienestar, respeto a la autoridad y exploración y carreras laborales.

\_\_\_\_para que el Club administre encuestas anónimas ocasionales a mi hijo (o pupilo) con el fin de comprender mejor las necesidades de mi hijo (o pupilo) y el impacto del Club en mi hijo (o pupilo).

\_\_\_\_para que mi hijo (o pupilo) participe en actividades y programas del Club en, cerca o adyacentes al edificio del club.

\_\_\_\_para que mi hijo (o mi pupilo) participe en todas las excursiones fuera del campus.

\_\_\_\_para que mi hijo (o su pupilo) pueda ir en autobús escolar al Club después de clase y ser transportado por personal cualificado de BGC y/o voluntarios en la furgoneta o minibús del Club para recoger después del colegio o para excursiones locales.

\_\_\_\_para que el Club haga y conserve copias de los boletines de notas y/o informes de progreso de mi hijo (o de mi hijo) o de que se le dé acceso a los registros CISD, SISD, SRS, SMS o WISD relacionados con mi hijo (o pupilo) para comprender mejor las necesidades académicas de mi hijo (o pupilo) y ayudarlo mejor en sus estudios académicos. Entiendo que las copias de boletines de notas y/o informes de progreso permanecerán confidenciales y solo serán consultadas por la dirección del Boys & Girls Club.

El abajo firmante representa que es el progenitor y/o tutor legal del menor mencionado anteriormente, y que tiene la autoridad legal para ejecutar dicho consentimiento y liberación. Si el menor/solicitante firma por sí mismo, el firmante acredita que ha alcanzado la mayoría de edad según el Estado de Texas.

\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_  
Firma de los miembros

\_\_\_\_  
Fecha