



**BOYS & GIRLS CLUBS**  
OF MARSHALL COUNTY

**Cuota**  
\$10 Cuota Anual de Membresía + Cuota del programa de Otoño/Verano/Primavera  
\*La tarifa del programa varía según el sitio  
\*NO hay reembolsos después de que comience cada periodo del programa!

## 2024 Solicitud de Membresía

Primavera 2024 (enero-mayo):  Nuevo miembro o  Miembro Renovador \_\_\_\_\_

Verano 2024 (junio-julio):  Nuevo miembro o  Miembro Renovador \_\_\_\_\_

Otoño 2024 (agosto-diciembre):  Nuevo miembro o  Miembro Renovador \_\_\_\_\_

CONTANTO PRIMARIO			
<b>Rol del Hogar</b>	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Guardian
	<input type="checkbox"/> Padrastro	<input type="checkbox"/> Padre Adoptivo	<input type="checkbox"/> Otro _____

**Primer Nombre** \_\_\_\_\_

**Apellido** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico** \_\_\_\_\_

**Teléfono Móvil** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_

**Estado** \_\_\_\_\_

**Código Postal** \_\_\_\_\_

**Trabajo** \_\_\_\_\_

**Teléfono de Trabajo** \_\_\_\_\_

Estatus Militar					
<b>Militar actual/ retirado</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Estatus</b>	<b>Rama</b>			
	<input type="checkbox"/> Servicio Activo	<input type="checkbox"/> Fuerza Aérea	<input type="checkbox"/> Cuerpo de Marinos		
	<input type="checkbox"/> Reserva/Guardia	<input type="checkbox"/> Ejercito	<input type="checkbox"/> Guardia Nacional		
	<input type="checkbox"/> Veterano	<input type="checkbox"/> Guardacostas	<input type="checkbox"/> Marina		
<b>Numero de Identificación del Departamento de Defensa</b>	<b>Implementando Actualmente</b> (o desplegado en los próximos 6 meses)		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

2do CONTACTO PRIMARIO			
<b>Rol en el Hogar</b>	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Guardián
	<input type="checkbox"/> Padrastro	<input type="checkbox"/> Padre Adoptivo	<input type="checkbox"/> Otro _____

**Primer Nombre** \_\_\_\_\_

**Apellido** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico** \_\_\_\_\_

**Teléfono Móvil** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_

**Estado** \_\_\_\_\_

**Código Postal** \_\_\_\_\_

**Trabajo** \_\_\_\_\_

**Teléfono de Trabajo** \_\_\_\_\_

Estatus Militar					
<b>Militar actual/ retirado</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Estatus</b>	<b>Rama</b>			
	<input type="checkbox"/> Servicio Activo	<input type="checkbox"/> Fuerza Aérea	<input type="checkbox"/> Cuerpo de Marinos		
	<input type="checkbox"/> Reserva/Guardia	<input type="checkbox"/> Ejercito	<input type="checkbox"/> Guardia Nacional		
	<input type="checkbox"/> Veterano	<input type="checkbox"/> Guardacostas	<input type="checkbox"/> Marina		
<b>Numero de Identificación del Departamento de Defensa</b>	<b>Implementando Actualmente</b> (o desplegado en los próximos 6 meses)		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

**DETALLES DE MIEMBRO****Información de Miembro**

Nombre \_\_\_\_\_

Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Nombre Informal \_\_\_\_\_

Club Primario \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Contraseña de Autorización para recoger \_\_\_\_\_

El miembro puede irse caminando solo?

 Si  No**Genero** Femenino Masculino Otro: \_\_\_\_\_**Racial / Identidad Étnica** Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Africano Americano Hispano o Latino Medio Este o Africano del Norte Nativo Hawaiano u otro Isleño del Pacífico Blanco Bi-racial Multi-Racial Otro**Cuidado Adoptivo** Si  No**Almuerzo escolar** Gratis Reducido Toda la escuela es gratis No Elegible**Información Escolar****Grado (Primavera)****Grado (Otoño)**

Nombre de Escuela

Escuela

Nombre de

Maestro

Maestro

**Alergias****Alergias de Comido** Cacahuates Nueces Lácteos/Lactosa Soya Gluten Mariscos Huevos Otros \_\_\_\_\_**Alergias del Medio Ambiente** Picaduras de Abeja Polen Polvo Mohoso Pasto Otro \_\_\_\_\_**Alergias de Medicina** Penicilina Aspirina Amoxicilina Otro \_\_\_\_\_**Otras Alergias** Látex Perfumes Lociones Otro \_\_\_\_\_

### Información Médica

BGCMCO se compromete a brindarles a los jóvenes la oportunidad de disfrutar plenamente y igual de la experiencia del Club. Nuestro objetivo es aprender tanto como sea posible sobre nuestros miembros para hacer cualquier ajuste o apoyo razonable para asegurar su éxito en el Club. Si su hijo tiene algún problema de comportamiento grave o circunstancias especiales que involucren preocupaciones físicas, médicas o psicológicas, especialmente si pueden causar daño a sí mismo, a otros miembros, al personal o a los voluntarios, se debe notificar al director del club de esto para que pueda considerar una adaptación razonable.

**Condiciones médicas diagnosticadas**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> Autismo                           |
| <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Convulsiones                      |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva | <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión                |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad visual   | <input type="checkbox"/> Trastorno de oposición desafiante |
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD              | <input type="checkbox"/> Otro _____                        |

Enumere cualquier otra limitación física, mental o médica.

¿El miembro usa un inhalador?  Sí  No

¿El miembro usa insulina?  Sí  No

¿El miembro usa un EpiPen?  Sí  No

¿El miembro se auto administra medicamentos?  Sí  No

¿El miembro recibe apoyo adicional en la escuela / comunidad?

- Plan de educación individualizado (IEP)  
 504 (adaptación)  
 Entrenador del habla  
 Se reúne con un consejero de la escuela o privado.  
 Otro \_\_\_\_\_

### Seguro

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

Número de grupo \_\_\_\_\_

Número de miembro / póliza \_\_\_\_\_

### CONTACTOS AUTORIZADOS

(Que no sean padres o contactos principales)

Contacto Autorizado 1	Contacto Autorizado 2																				
<p><b>Nombre completo</b> _____</p> <p><b>Teléfono</b> _____</p> <p><b>Teléfono Móvil</b> _____</p> <p><b>Teléfono de Trabajo</b> _____</p> <p><b>Contacto de Emergencia</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>Nombre completo</b> _____</p> <p><b>Teléfono</b> _____</p> <p><b>Teléfono Móvil</b> _____</p> <p><b>Teléfono de Trabajo</b> _____</p> <p><b>Contacto de Emergencia</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>																				
<p><b>Relación</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trabajador social</td> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Niño</td> <td><input type="checkbox"/> Otro familiar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nieto</td> <td><input type="checkbox"/> Padre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abuelo</td> <td><input type="checkbox"/> Padrastro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vecino</td> <td><input type="checkbox"/> Madrastra</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Trabajador social	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Otro familiar	<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Padrastro	<input type="checkbox"/> Vecino	<input type="checkbox"/> Madrastra	<p><b>Relación</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trabajador social</td> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Niño</td> <td><input type="checkbox"/> Otro familiar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nieto</td> <td><input type="checkbox"/> Padre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abuelo</td> <td><input type="checkbox"/> Padrastro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vecino</td> <td><input type="checkbox"/> Madrastra</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Trabajador social	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Otro familiar	<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Padrastro	<input type="checkbox"/> Vecino	<input type="checkbox"/> Madrastra
<input type="checkbox"/> Trabajador social	<input type="checkbox"/> Otro																				
<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Otro familiar																				
<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> Padre																				
<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Padrastro																				
<input type="checkbox"/> Vecino	<input type="checkbox"/> Madrastra																				
<input type="checkbox"/> Trabajador social	<input type="checkbox"/> Otro																				
<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Otro familiar																				
<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> Padre																				
<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Padrastro																				
<input type="checkbox"/> Vecino	<input type="checkbox"/> Madrastra																				
Contacto Autorizado 3	Contacto Autorizado 4																				
<p><b>Nombre completo</b> _____</p> <p><b>Teléfono</b> _____</p> <p><b>Teléfono Móvil</b> _____</p> <p><b>Teléfono de Trabajo</b> _____</p> <p><b>Contacto de Emergencia</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>Nombre completo</b> _____</p> <p><b>Teléfono</b> _____</p> <p><b>Teléfono Móvil</b> _____</p> <p><b>Teléfono de Trabajo</b> _____</p> <p><b>Contacto de Emergencia</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>																				
<p><b>Relación</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trabajador social</td> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Niño</td> <td><input type="checkbox"/> Otro Familiar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nieto</td> <td><input type="checkbox"/> Padre</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Trabajador social	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Otro Familiar	<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> Padre	<p><b>Relación</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trabajador social</td> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Niño</td> <td><input type="checkbox"/> Otro Familiar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nieto</td> <td><input type="checkbox"/> Padre</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Trabajador social	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Otro Familiar	<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> Padre								
<input type="checkbox"/> Trabajador social	<input type="checkbox"/> Otro																				
<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Otro Familiar																				
<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> Padre																				
<input type="checkbox"/> Trabajador social	<input type="checkbox"/> Otro																				
<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Otro Familiar																				
<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> Padre																				

<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Padrastro	<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Padrastro
<input type="checkbox"/> Vecino	<input type="checkbox"/> Madrastra	<input type="checkbox"/> Vecino	<input type="checkbox"/> Madrastra

**CONTACTOS NO AUTORIZADOS**

Enumere a las personas que no pueden recoger al miembro.

Contacto no autorizado 1		Contacto no autorizado 2	
<b>Nombre Completo</b>	_____	<b>Nombre Completo</b>	_____
<b>Teléfono</b>	_____	<b>Teléfono</b>	_____
<b>Relación</b>	<input type="checkbox"/> Padre / padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Trabajador social <input type="checkbox"/> Otro	<b>Relación</b>	<input type="checkbox"/> Padre / padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Trabajador social <input type="checkbox"/> Otro
<b>Fecha de comienzo Ultima Fecha</b>	_____	<b>Fecha de comienzo Ultima Fecha</b>	_____

Por favor, envíenos cualquier documento judicial relacionado con cuestiones de custodia u órdenes de restricción.

**Apoyo al hogar**

<b>Numero de adultos en el hogar</b>	_____	<b>Numero de niños en el hogar</b>	_____	
<b>Composición del hogar</b>				
<input type="checkbox"/> Hogar de un adulto soltero <input type="checkbox"/> Hogar de dos + adultos <input type="checkbox"/> Yo (emancipado / 18)	<b>¿Quiénes son los adultos que viven en el hogar? (Marque todo lo que corresponda)</b>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo (s) <input type="checkbox"/> Padre (s) de crianza	<input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> Tutor (es) legal (es) <input type="checkbox"/> Hermano (s) <input type="checkbox"/> tío <input type="checkbox"/> tía <input type="checkbox"/> Otro (s) pariente (s) <input type="checkbox"/> Otro (s) adulto (s)	
<b>Programas de Asistencia</b>	<input type="checkbox"/> Asistencia para el cuidado de niños <input type="checkbox"/> Cupones para alimentos / SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Seguro social	<input type="checkbox"/> SSI (Ingreso de seguridad suplementario) <input type="checkbox"/> SSDI (Seguro de discapacidad del Seguro Social) <input type="checkbox"/> WIC (mujeres, bebés y niños) <input type="checkbox"/> TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas)	<input type="checkbox"/> Compensación de veteranos <input type="checkbox"/> Asistencia de vivienda <input type="checkbox"/> Otro (explique a continuación) <input type="checkbox"/> Elija no responder <input type="checkbox"/> Ninguno	
<b>Describe otras fuentes de ingresos:</b>				
<b>Tipo de vivienda</b>	<input type="checkbox"/> Permanente (Propio o Alquiler) <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Casa en grupo	<input type="checkbox"/> Familia Adoptiva <input type="checkbox"/> Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Sin Hogar		
<b>Rango de Ingreso del Hogar</b>	<input type="checkbox"/> \$0 - 10,000 <input type="checkbox"/> \$10,001 - 15,000 <input type="checkbox"/> \$15,001 - 20,000 <input type="checkbox"/> \$20,001 - 25,000 <input type="checkbox"/> \$25,001 - 30,000 <input type="checkbox"/> \$30,001 - 35,000 <input type="checkbox"/> \$35,001 - 40,000 <input type="checkbox"/> \$40,001 - 45,000 <input type="checkbox"/> \$45,001 - 50,000	<input type="checkbox"/> \$55,001 - 60,000 <input type="checkbox"/> \$60,001 - 65,000 <input type="checkbox"/> \$65,001 - 70,000 <input type="checkbox"/> \$70,001 - 75,000 <input type="checkbox"/> \$75,001 - 80,000 <input type="checkbox"/> \$80,001 - 85,000 <input type="checkbox"/> \$85,001 - 90,000 <input type="checkbox"/> \$90,001 - 95,000 <input type="checkbox"/> \$95,001 - 100,000	<input type="checkbox"/> \$105,001 - 110,000 <input type="checkbox"/> \$110,001 - 115,000 <input type="checkbox"/> \$115,001 - 120,000 <input type="checkbox"/> \$120,001 - 125,000 <input type="checkbox"/> \$125,001 - 130,000 <input type="checkbox"/> \$130,001 - 135,000 <input type="checkbox"/> \$135,001 - 140,000 <input type="checkbox"/> \$140,001 - 145,000 <input type="checkbox"/> \$145,001 - 150,000	<input type="checkbox"/> \$155,001 - 160,000 <input type="checkbox"/> \$160,001 - 165,000 <input type="checkbox"/> \$165,001 - 170,000 <input type="checkbox"/> \$170,001 - 175,000 <input type="checkbox"/> \$175,001 - 180,000 <input type="checkbox"/> \$180,001 - 185,000 <input type="checkbox"/> \$185,001 - 190,000 <input type="checkbox"/> \$190,001 - 195,000 <input type="checkbox"/> \$195,001 - 200,000

	<input type="checkbox"/> \$50,001 - 55,000	<input type="checkbox"/> \$100,001 - 105,000	<input type="checkbox"/> \$150,001 - 155,000	<input type="checkbox"/> \$200,001+
--	--	--	--	-------------------------------------

## RENUNCIAS Y EXENCIONES

### Recopilación de Datos

Doy mi permiso al BGCMCO para recopilar información a través de encuestas, cuestionarios, entrevistas y grupos focales en línea o escritos del menor de edad que figura en esta solicitud. Toda la información recibida se mantendrá estrictamente confidencial. Los datos recopilados a través de estos medios se resumirán en conjunto y excluirán todas las referencias a respuestas individuales. Los resultados agregados de estos análisis se pueden compartir con el personal del Club, BGCA, patrocinadores y otras partes interesadas de la comunidad para evidenciar la efectividad del programa y / o el impacto del Club en nuestros miembros. Este comunicado puede revertirse en cualquier momento comunicándose con BGCMCO por escrito.

### Medico

Doy permiso a BGCMCO para que busque tratamiento médico de emergencia para mi hijo menor si no pueden localizarme. Seré responsable de todos los costos de atención y tratamiento médicos.

### Tecnología

Como miembro del Boys & Girls Club, nuestro hijo puede tener acceso a Internet. Si bien el Boys & Girls Club tiene reglas que prohíben dicha conducta y el Club toma precauciones para evitar dicho acceso, es posible que su hijo pueda acceder a sitios inapropiados. El Club de Niños y Niñas no será responsable por dicho acceso no autorizado.

### Transporte

Doy mi permiso a Boys & Girls Clubs de Marshall County, Inc., para transportar a mi hijo de su escuela a Boys & Girls Club, si están inscritos en la lista de transporte. También doy permiso para que mi hijo sea transportado desde sus instalaciones de Boys & Girls Clubs del Condado de Marshall, Inc. a otro Boys & Girls Clubs de Marshall County, Inc., y otros Boys & Girls Clubs locales a través de nuestros vehículos, para el propósito de participar en Boys & Girls Clubs del Condado de Marshall, Inc., actividades y programas.

### Compartir Datos

Doy mi permiso a BGCMCO para compartir información sobre el menor de edad que figura en esta solicitud con BGCA con fines de investigación y / o para evaluar la eficacia del programa. La información que se divulgará a BGCA puede incluir la información proporcionada en este formulario de solicitud de membresía, la información proporcionada por la escuela o el distrito escolar del menor y otra información recopilada por BGCMCO, incluidos los datos recopilados a través de encuestas o cuestionarios. Toda la información proporcionada a BGCA se mantendrá confidencial.

### Escuelas

Doy mi permiso al BGCMCO, para divulgar a nuestra comunidad, escuelas públicas y al Departamento de Educación de Indiana, al Departamento de Educación de los Estados Unidos y a un evaluador estatal contratado por IDOE, información que incluya registro escolar, datos demográficos, datos de evaluación, calificaciones, datos de encuestas de asistencia y estado de almuerzo gratis o reducido para que el proyecto 21st CCLC y otros programas puedan ser evaluados. Entiendo que todos los registros e información están protegidos por FERPA, que rige el intercambio de información confidencial.

### Misceláneo

Entiendo que Boys & Girls Club no es responsable por artículos perdidos o robados. Los padres y los miembros de BGCMCO son responsables de su propio transporte hacia y desde BGCMCO. Como instalaciones de entrega, Boys & Girls Clubs no son responsables del paradero de los miembros del club. También entiendo que BGCMCO no es ni pretende ser una guardería autorizada. Cada club tiene derecho a tomar decisiones sobre la afiliación en función de los recursos y la capacidad de sus instalaciones y su personal. BGCMCO se reserva el derecho de rechazar la solicitud, rescindir la inscripción o suspender a cualquier joven que no pueda asociarse exitosamente con otros miembros del club.

### Prensa/Medios

Doy mi permiso para que BGCMCO, El club de Niños y Niñas de América y sus afiliados o donantes utilicen la imagen de mi hijo, imagen de video o cualquier otra representación gráfica o semejanza, y reconozco que ni mi hijo ni yo recibiremos el pago por ello.

Sí  No

## APROBACION DE LA SOLICITUD

**Al enviar esta solicitud, por la presente doy mi permiso a esta organización del Boys & Girls Club para recopilar y compartir datos del menor que figura en esta solicitud con BGCA. Los datos solo se informarán en forma agregada y excluirán todas las referencias a cualquier respuesta individual. Toda la información proporcionada a BGCA se mantendrá confidencial.** Entiendo que BGCMCO tiene una política de puertas abiertas donde los miembros pueden entrar y salir cuando les plazca. Si un miembro abandona el Club, no se le otorgará acceso de regreso a menos que lo apruebe el Director del Club. No asumimos ninguna responsabilidad por los miembros que eligen no asistir en un día en particular o que eligen irse temprano.

Yo, el padre / tutor del menor de edad que figura en esta solicitud, en nombre del menor de edad mencionado en este documento y para nosotros, nuestros herederos, albaceas y administradores, por la presente libero, renuncio, absuelvo y descargo para siempre a Boys & Girls Clubs of Marshall. County (BGCMCO) y Boys & Girls Clubs of America (BGCA), sus representantes, sucesores, aseguradores, cesionarios o cualquier otra persona o entidad asociada con cualquiera de las organizaciones anteriores, como personal, directores o voluntarios, de toda responsabilidad, reclamaciones, demandas, o causas de acción por cualquier y toda pérdida, daño, lesión o muerte y cualquier reclamo de daños que resulte del uso de instalaciones propiedad o controladas por las organizaciones mencionadas, o participación en actividades de dichas organizaciones dentro o fuera del Club.

*Su firma a continuación confirma que toda la información anterior es verdadera y precisa.*

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

\_\_\_\_\_  
Fecha