

Date Received: _____ Staff Member Entering: _____ ID: _____ Fee Type: _____



Forma de Información para Membrecía

La misión de los Centros de Boston para Jóvenes y Familias es mejorar la calidad de vida de los residentes de Boston por la asociación con los consejos de centros comunitarios, agencias y empresas para apoyar a los niños, jóvenes, individuos y familias a través de una amplia gama de programas y servicios integrales de acuerdo a las necesidades del vecindario.

INFORMACION DEL MIEMBRO

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Femenina MasculinoDirección: _____ Fecha de Nacimiento: _____
calle apto. ciudad/barrio código postal

Telephono (casa): _____ Telephono (celular): _____ Email: _____

Raza (seleccione todas las que apliquen): Asiatico Negro nativos Americanos nativos de Hawaii blanco
 ¿Es usted de origen hispano o latino? Sí No

Escuela: _____ Grado: _____

Tipo de escuela: pública carta privada / parroquial escuela en casaEl niño vive con (marque todo lo que corresponda): ambos padres sólo la madre sólo el padre tía / tío hermana / hermano
 padrastro abuelo/a padres de crianza guardián otros: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Compañía de Seguros de Salud: _____ Nombre del Hospital: _____

¿Tiene alguna enfermedad o alergia? No Sí. En caso afirmativo, seleccionar el tipo / s, y describen a continuación: alergias asma restricciones físicas medicamentos otros: _____

Descripción: _____

¿Hay alguna información adicional que debe saber acerca de este / a? No Sí: _____

PADRES/GUARDIÁNS INFORMACIÓN DE CONTACTO (estas dos contactos están autorizados para recoger a jóvenes de Centros de Boston para para la Juventud y las Familias.)

Padres/Guardián Nombre: _____ Padres/Guardián Nombre: _____

Dirección: _____ Dirección: _____
calle apto. ciudad/barrio código postal

Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA Por favor, especifique dos personas (que no sea un padre o tutor para los jóvenes) que pueden ser contactadas en caso de emergencia. (Estos dos contactos están autorizados para recoger a los miembros jóvenes de la familia de los Centros de Boston para Jóvenes y Familias.)

Nombre del contacto primario: _____ Nombre del contacto secundario: _____

Dirección: _____ Dirección: _____
calle apto. ciudad/barrio código postal

Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

CONSENTIMIENTO

He leído y entendido el Código BCYF de Conducta y las Normas y Reglamentos BCYF piscina. Estoy de acuerdo de que voy a actuar de conformidad con el Código de Conducta BCYF y cumplir con las normas y reglamentos de BCYF piscina.

La aplicación está basada en hechos y completa al mejor de mi capacidad.

Por la presente renuncio a todos los derechos, causas de acción, y las reclamaciones por daños y perjuicios que pueda tener en contra de la ciudad de Boston, los Centros de Boston para Jóvenes y Familias, y cualquiera y todas las demás personas o las organizaciones asociadas, para cualquier y todas las lesiones personales o daños materiales como resultado de mi participación en Programas de Centros de Boston para jóvenes y Familias.

Yo, el abajo firmante, padre o tutor de [_____], un menor de edad, consiento asumir sus Centros de Boston para Jóvenes y Familias y la pertenencia a renunciar y liberar a todos los derechos, causas de acción y las reclamaciones por daños y perjuicios que pueda tener en contra de la Ciudad de Boston, los Centros de Boston para Jóvenes y Familias, y cualquier y todos los otros individuos u organizaciones asociadas, que surjan de cualquiera y todas las lesiones personales o daños a la propiedad que yo pueda ahora o en el futuro tienen como padre o tutor de dicho menor, y también todos derechos, causas de acción, y reclamaciones que dicho menor de edad tenga o pueda adquirir como resultado a partir de sus participación en el programa.

Doy mi consentimiento para mí / a mi hijo a ser administrados los primeros auxilios y ser atendido por un técnico de emergencia médica, paramédico, enfermera o médico. Cualquier seguimiento de la atención médica se puede dar en un hospital local y el transporte a un hospital de Boston está autorizado. Yo doy mi consentimiento para las fotografías, cintas de audio y grabaciones de vídeo de mí / a mi hijo a ser utilizado por los Centros de Boston para Jóvenes y Familias, con fines publicitarios. También estoy de acuerdo para permitir que los Centros de Boston para Jóvenes y Familias de usar fotografías, cintas de audio, grabaciones de vídeo u otros trabajos producidos por el miembro con fines publicitarios.

Entiendo que el transporte no está previsto y es mi responsabilidad de organizar el transporte hacia y desde Centros de Boston para Jóvenes y Familias.

El incumplimiento de estas reglas y las expectativas puede llevar a la cancelación de la membresía.

Firma de Miembro

Fecha

Firma de Padre/Madre/Guardiáns (si el miembro es menor de 18 años)

Fecha