



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DESPUÉS DE LA ESCUELA 2022-2023 KIDS CLUB

Este formulario debe ser completado y firmado por el padre o tutor de cada estudiante que se inscriba en el programa después de la escuela.

Nombre del estudiante: _____

Solicitar una beca Sí No Talla de camisa (Círculo Uno) Juventud: XS S M L XL

Adulto: S M L XL

Gender _____ **grado en septiembre de 2022:** _____ **Asistencia a la escuela:** _____

Ubicación de ASP: Centre Street Community Center Spruce Street Community Center
Rivera School, Mott School, Grant School, Parker School, Gregory School, PH Hill School, MLK School
Parkway School Lore School Antheil School Ewing solo días a la semana (1, 2, 3, 4, 5) círculo

MATRÍCULA MENSUAL

Acepto pagar mi matrícula mensual el primero de cada mes. Esta matrícula mensual es apoyada por fondos de la Fundación de Fútbol de los Estados Unidos,

21st Century Community Learning Centers, vales de cuidado infantil, contratos de tutoría y / u otros fondos públicos / privados. **Entiendo que no pagar la matrícula mensual pondrá en peligro la participación de mi hijo en el programa.**

Mi hijo es elegible para vales de cuidado infantil de Child Care Connection, DYFS o Work first: Sí No

Padre/Tutor #1 Padre/Tutor # 2

Nombre Apellido Nombre Apellido

Relación con la relación del estudiante con el estudiante

Teléfono residencial Teléfono residencial

Teléfono del trabajo Teléfono del trabajo

Teléfono celular Teléfono celular

Correo electrónico Correo electrónico

Dirección de la calle Dirección de la calle

Ciudad Estado Zip Ciudad Estado Zip

Financiadores clave del programa después de la escuela



**BOYS & GIRLS CLUBS
OF MERCER COUNTY
LIBERACIÓN DEL NIÑO**

Las siguientes personas **pueden** recoger a mi hijo _____

A las **siguientes** personas no se les permite recoger a mi hijo _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Identifique a dos personas a las que se puede llamar entre las 3:00 p.m. y las 6:00 p.m. si no está disponible.

Nombre Apellido Nombre Apellido

Relación con la relación del estudiante con el estudiante

Teléfono residencial Teléfono residencial

Teléfono del trabajo Teléfono del trabajo

Otro teléfono Otro teléfono

Dirección de la calle Dirección de la calle

Ciudad Estado Zip Ciudad Estado Zip

LIBERACIONES DE PADRES/TUTORES

Mi firma a continuación indica mi aceptación de las políticas anteriores y enumeradas en la solicitud de membresía, y da permiso para que mi hijo participe en el programa después de la escuela boys & Girls Club durante el año escolar 2020-2021.

- Doy permiso para que la imagen / nombre de mi hijo se use en el Club, US Soccer Foundation y 21c Materiales de relaciones públicas del siglo.
- Doy permiso para que mi hijo participe en todos los programas / tutoría del Club, y para que el Club recopile y comparta datos de la participación de mi hijo para financiadores, socios y subvenciones relacionados.
- Doy permiso para que la escuela de mi hijo divulgue información sobre mi hijo al Club, a la Fundación de Fútbol de los Estados Unidos o a los 21 años.c Siglo.
- Doy permiso para que mi hijo asista a las actividades del Boys & Girls Club en o adyacentes al Club, y a todas las excursiones identificadas en los folletos del programa, el boletín informativo y las comunicaciones de los padres. Si no quiero que mi hijo se vaya de viaje, debo comunicarlo al director del programa por escrito.
- En el caso de una emergencia, por la presente doy permiso para que el hospital / médico brinde atención / tratamiento a mi hijo hasta que pueda llegar al hospital.
- Que entiendo la política de disciplina del Club y entiendo que soy responsable de las acciones de mi hijo mientras participo en las actividades del club. También entiendo que si mi hijo rompe la política del club, mi hijo puede ser expulsado / suspendido del programa / club sin reembolso de las tarifas pagadas.
- Entiendo que existen riesgos inherentes asociados con la participación en las actividades del Boys & Girls Club, incluido el Covid-19, y no responsario al Club, a los directores o al personal por las lesiones que resulten de la participación en el Club.

Mi firma a continuación indica mi aceptación de las políticas anteriores.

Firma: _____



BOYS & GIRLS CLUBS
OF MERCER COUNTY

Declaración de Declaración Médica para Jóvenes

Nombre del niño: _____

¿Su hijo está bajo alguna **restricción médica / física**? Yes _____ n° _____

En caso afirmación, marque todo lo que corresponda:

Asma Diabetes

Discapacidad de aprendizaje para la pérdida auditiva

Convulsiones Movimiento Físico

Otro: _____

¿Su hijo está bajo algún **medicamento**? Sí _____ No _____

En caso afirmativa, sírvase enumerar: _____

¿Necesitará su hijo que se le administre alguno de estos medicamentos después **del** horario escolar? Sí _____ No _____

En caso afirmación, deberá completar un "**Plan de atención para niños con necesidades de salud**"

¿Es su hijo **alérgico** a cualquiera de los siguientes:

Alimentos No ___ Sí _____ Por favor enumere _____

Medicamento No ___ Sí _____ Por favor lista _____

Otro No ___ Sí _____ Por favor lista _____

Quién es su **proveedor de atención médica familiar**: _____

Médico/Persona de Contacto: _____

Como padre / tutor del joven en este formulario de registro, certifico que él / ella / ellos están en buena salud física, no tiene necesidades médicas especiales, no identificados anteriormente, y pueden participar en todas las actividades del programa. En el caso de una emergencia, por la presente doy permiso para que el hospital / médico brinde atención / tratamiento a mi hijo hasta que pueda llegar al hospital.

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____