

Membership Information Form

GREAT FUTURES START HERE.



BOYS & GIRLS CLUBS
OF UTAH COUNTY

Provo Club
1060 East 150 North
Provo, UT 84606
P: (801) 371-6242
F: (801) 371-6241
www.bgcutah.org

Confidencialidad Cualquier informacion confidencial solicitada es para nuestro archivos y para financiamiento que nuestra organizacion recibe.

Informacion del padres / Custodia Legal (PRINT)

Nombre: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Apellido: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Relacion al joven(es): <input style="width: 90%;" type="text"/>
Nombre: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Apellido: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Relacion al joven(es): <input style="width: 90%;" type="text"/>
Domicilio:		
(Line 1)	(Ciudad)	(Estado)
(Line 2)	(Codigo Postal)	
Mejor Numero de telefono para ser localizado:		Correo Electronico:
()	-	<input style="width: 90%;" type="text"/>
()	-	<input style="width: 90%;" type="text"/>

Contacto de emergencia (aparte de los padres) y las personas autorizados para recoger su hijo/a(s)

Contacto de emergencia y informacion de recogida se aplica a todos los ninos que estan en esta forma. Si el contacto de emergencia y informacion de recogida no se aplica a uno de sus hijo(s), por favor llene otro formulario separado.

Nombre: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Relacion al nino: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Numero de telefono: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Domicilio: <input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Fuera de ares/estado nombre de contacto:	Relacion al nino:	Numero de telefono:	Domicilio:
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Informacion de Nino (PRINT)

Nombre: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Apellido: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Informacion Medica:																		
Fecha de Nacimiento: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Escuela: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Alergias o sensibilidades a:																		
Grado: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Self checkout:	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Medicamentos</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">Si</td> </tr> <tr> <td>Comida</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otro</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Medicamentos	No	Si	Comida	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Otro	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>									
Medicamentos	No	Si																		
Comida	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>																		
Otro	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>																		
Genero:	Ethnicidad:	Enfermedades o Condiciones Medicas																		
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Africana Americana <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Caucasian <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Nativo de America <input type="checkbox"/> Islas del Pacifico	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Asma</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">Si</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Convulsiones</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Retasos del Desarrollo</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Discapacidad Fisica</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Problemas de comportamiento</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Asma	No	Si	Diabetes	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Convulsiones	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Retasos del Desarrollo	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Discapacidad Fisica	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Problemas de comportamiento	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
Asma	No	Si																		
Diabetes	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>																		
Convulsiones	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>																		
Retasos del Desarrollo	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>																		
Discapacidad Fisica	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>																		
Problemas de comportamiento	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>																		
Sesion:	Haga una lista de los medicamentos																			
<input type="checkbox"/> Manana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Todo el Dia	<input style="width: 95%;" type="text"/> Proveedor Medico del Nino																			
Lista de cualquier otra informacion de salud o instrucciones especiales que tenemos que saber:																				
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>																				
Otra: <input style="width: 95%;" type="text"/>																				

Nombre: **Apellido:**

Fecha de Nacimiento: **Escuela:** **Grado:** **Self checkout:** Si No

Gender: Male Female

Ethnicity: Africana Americana Asiatico Caucasian Hispano Multiracial Nativo de America PIslas del Pacifico

Session: Morning \$200 Afternoon \$200 All Day \$400

Haga una lista de los medicametos _____
 Proveedor Medico del Nino _____
 Lista de cualquier otra informacion de salud o instrucciones especiales que tenemos que saber: _____

Informacion Medica:
Alergias o sensibilidades a:
 Medicamentos No Si _____
 Comida No Si _____
 Other _____

Illnesses or Medical Conditions:
 Asma No Si
 Diabetes No Si
 Convulsiones No Si
 Retasos del Desarrollo No Si
 Discapacidad Fisica Problemos de comportamiento No Si
 Other _____

Nombre: **Apellido:**

Fecha de Nacimiento: **Escuela:** **Grado:** **Self checkout:** Si No

Gender: Male Female

Ethnicity: Africana Americana Asiatico Caucasian Hispano Multiracial Nativo de America PIslas del Pacifico

Session: Morning \$200 Afternoon \$200 All Day \$400

Haga una lista de los medicametos _____
 Proveedor Medico del Nino _____
 Lista de cualquier otra informacion de salud o instrucciones especiales que tenemos que saber: _____

Informacion Medica:
Alergias o sensibilidades a:
 Medicamentos No Si _____
 Comida No Si _____
 Other _____

Illnesses or Medical Conditions:
 Asma No Si
 Diabetes No Si
 Convulsiones No Si
 Retasos del Desarrollo No Si
 Discapacidad Fisica Problemos de comportamiento No Si
 Other _____

Nombre: **Apellido:**

Fecha de Nacimiento: **Escuela:** **Grado:** **Self checkout:** Si No

Gender: Male Female

Ethnicity: Africana Americana Asiatico Caucasian Hispano Multiracial Nativo de America PIslas del Pacifico

Session: Morning \$200 Afternoon \$200 All Day \$400

Haga una lista de los medicametos _____
 Proveedor Medico del Nino _____
 Lista de cualquier otra informacion de salud o instrucciones especiales que tenemos que saber: _____

Informacion Medica:
Alergias o sensibilidades a:
 Medicamentos No Si _____
 Comida No Si _____
 Other _____

Illnesses or Medical Conditions:
 Asma No Si
 Diabetes No Si
 Convulsiones No Si
 Retasos del Desarrollo No Si
 Discapacidad Fisica Problemos de comportamiento No Si
 Other _____

EL BOYS & GIRLS CLUB DE UTAH CONDADO PROPORCIONA SERVICIOS A LOS MIEMBROS sin distinción de raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad o estado familiar. Reconozco que hay un elemento de riesgo en cualquiera de los ajustes para el hogar, incluyendo el Boys & Girls Club.

Parent or Guardian Signature _____

For office use:

Received By: **Date Received:** **Enrollment Date:**

Self Pay
 DWS Scholarhips
 BGC Scholarhips