

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:

Apellido:

Relacion al joven(es):

Nombre:

Apellido:

Relacion al joven(es):

Domicilio:

(Line 1)

(Ciudad)

(Estado)

(Line 2)

(Codigo Postal)

Mejor Numero de telefono para ser localizado:

 () -

Correo Electronico:

 () -

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:

Relacion al nino:

Numero de telefono:

Domicilio:

Fuera de ares/estado nombre de contacto:

Relacion al nino:

Numero de telefono:

Domicilio:

Informacion de Nino (PRINT)

Nombre:

Apellido:

Informacion Medica:

Alergias o sensibilidades a:

Fecha de Nacimiento:

Escuela:

Grado:

Self checkout:

 Si
 No

Medicamentos

Comida

Otro

No

Si

Enfermedades o Condiciones Medicas

Asma

Diabetes

Convulsiones

Retardos del Desarrollo

Discapacidad Fisica

Problemas de comportamiento

No

Si

Otra:

Genero:

 Masculino
 Femenino

Ethnicidad:

 Africana Americana
 Asiatico
 Caucasian
 Hispano
 Multiracial
 Nativo de America
 Islas del Pacifico

Haga una lista de los medicamentos

Proveedor Medico del Nino

Lista de cualquier otra informacion de salud o instrucciones especiales que tenemos que saber:

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

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 _____

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

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

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 _____

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

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

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 _____

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

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