



Solicitud de membresía año escolar 2023-2024

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado/Código postal: _____

Genero: (elige uno) Mujer Hombre Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Tamaño de camisa: S M L Adulto S M L

Etnicidad: (elige) Afroamericano/Negro Indio Americano Asiático Caucásico/Blanco Hispano/Latino
Multiétnico Otro: _____

Vive con: (elige) Ambos Padres Madre Soltera Padre Soltero Padre/Padrastro Guardian
Padre Adoptivo Otro: _____

¿Cuántos miembros hay en tu hogar en total? _____ Miembros menores de 18 años? _____

Ingreso anual de los hogares: (elige) Menos de \$10,000 \$11,000-\$20,000 \$21,000-\$30,000
\$31,000-\$40,000 \$41,000-\$50,000 \$51,000-\$60,000 \$61,000-\$70,000 Más de \$71,000

Padre/Guardián 1:

Nombre: _____

Relación con el miembro: _____

Teléfono móvil: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono de trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Padre/Guardián 2:

Nombre: _____

Relación con el miembro: _____

Teléfono móvil: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono de trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Información de Contacto en caso de Emergencia:

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Mi hijo llegará al club al: (elige) Caminando Padre/Guardian Otro: _____

Todas las personas que se enumeran a continuación deben tener más de 18 años para poder recoger a un miembro:

Nombre: _____ Relacion con el miembro: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ Relacion con el miembro: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ Relacion con el miembro: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ Relacion con el miembro: _____ Telefono: _____

¿Su familia tiene seguro de salud o accidente? (elige) Sí No

Compañía de seguros: _____ Nombre de los doctores: _____ Número de teléfono: _____

¿Su hijo tiene alguna condición médica especial? (elige) Sí No *En caso afirmativo, elige todos los que correspondan*

Al marcar sí, el padre/tutor es responsable de proporcionar la documentación de un médico

Asma Diabetes Autismo ADD/ADHD Trastorno emocional/del comportamiento IEP/504

Epilepsia/Trastornos convulsivos Parálisis cerebral/Condición motora Preocupaciones gastrointestinales o alimentarias

Otro: _____

¿Su hijo tiene alergias o restricciones dietéticas? (elige) Sí No *En caso afirmativo, elige todos los que correspondan*

Si su hijo es alérgico a algún alimento, se debe proporcionar la documentación adecuada junto con los medicamentos necesarios

Cacahuetes/mantequilla de maní Leche/productos lácteos Trigo/gluten Carne de res Carne de cerdo

Pescado/marisco Otro: _____

¿Su hijo toma medicamentos? (elige) Sí No *En caso afirmativo, describa los medicamentos tomados*

Medicina: _____ Tomado en: (elige) Casa Escuela Centro

LA SOLICITUD NO ESTÁ COMPLETA HASTA QUE SE HAYA COMPLETADO Y FIRMADO ESTE FORMULARIO.

Apruebo la solicitud de mi hijo como miembro de los Youth Centers de Orange (YCO) y notificaré al Centro cuando se produzcan cambios tales como: números de teléfono, dirección, condiciones de salud y acuerdos de custodia. Mi hijo y yo acordamos seguir todas las reglas y políticas que incorporan el YCO y entendemos que su membresía puede ser reevaluada en cualquier momento por incumplimiento de las reglas y políticas.

Estoy al tanto de las horas de operación de YCO y la hora de salida para recogerlo. Además, entiendo las políticas de los servicios de transporte de YCO, como el Programa de caminatas. Si mi hijo no está en el área de reunión a la hora de la salida, el YCO no tiene la responsabilidad de transportar o acompañar a mi hijo al lugar del programa del YCO.

Entiendo que los miembros pueden entrar y salir cuando les plazca. Entiendo que una vez que mi hijo haya ingresado al edificio, no podrá salir del Centro sin un padre, tutor o adulto autorizado para firmar su salida. El personal no puede restringir físicamente a los miembros para que no salgan del edificio sin el permiso de los padres.

Soy consciente de que el YCO **NO** es una guardería con licencia. Bajo el Título 22, División 12 Capítulo 1 Artículo 2: 7.1 Los participantes en el programa no pueden exceder las 16 horas de asistencia por semana.

Doy permiso a los Youth Centers de Orange para usar fotografías, grabaciones y cintas de audio de mi hijo con el único propósito de evaluar el programa, las relaciones públicas y las redes sociales que pertenecen al Centro. Los Youth Centers de Orange tienen permiso para compartir y recibir información relacionada con las necesidades de YCO con agencias que atienden a nuestros miembros, como el Distrito Escolar Unificado de Orange, las agencias de salud y el Departamento de Salud.

Acepto eximir de responsabilidad a los Youth Centers de Orange y su patrocinador fiscal The Hub OC en caso de lesiones como resultado de la participación de mi hijo en la programación de YCO. Los Youth Centers de Orange tiene mi permiso para dar acceso a un tratamiento de emergencia por un médico o médico en caso de emergencia o accidente. También soy consciente de que soy responsable de los costos de la atención médica de los que el YCO/The Hub OC no serán responsables.

Por último, el padre/tutor que firma a continuación será la única persona autorizada para realizar cambios futuros en esta solicitud.

Firma del padre/guardian: _____ Fecha: _____

Firma del padre/guardian: _____ Fecha: _____