



**BOYS & GIRLS CLUB
OF THE WESTERN TREASURE VALLEY**

**El Lugar Positivo para Niños
2008-2009 Aplicacion de Miembros**

Apellido de niño _____ Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Codigo postal _____

Telefono _____ Nombre de emergencia y teléfono _____

Grado _____ Escuela _____ Correo Electronico _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Hombre ___ Mujer ___

Con Quien Vive el Nino o Nina

Madre ___ Madrastra ___ Nombre _____

Nombre y Telefono del Trabajo _____

Padre ___ Padrastra ___ Nombre _____

Nombre y Telefono del Trabajo _____

Otro ___ Nombre _____

Nombre y Telefono del Trabajo _____

El nombre de hermanos y hermanas: _____

El Nombre de Medico: _____

¿Tiene el niño seguro de enfermedad? Si ___ No ___

El Nombre de seguro de enfermedad: _____

Alergias/Medicacion

Informacion: _____

Relevo de Responsabilidad: En consideración a la membresía y participación en las actividades y programas del BGCWTV de mi hijo/a, yo, como un padre o guardian de menor nombrado, mis herederos, ejecutores, los administradores y asigna, renuncia, libera y descarga cualquier derecho, demanda o daños contra el Club y/o sus patrocinadores para todos reclamos que surgen o resultan de viajar, participar, y/o para ser implicado en sus programas o actividades. Atestiguo y verifico que tengo el conocimiento repleto de los riesgos implicados en dicha participación y que mi hijo/hija está bien de salud y no tiene condición física ni mental que sería peligroso para mi niño ni para otros participantes cuando mi niño está en implicado en cualquier actividad patrocinada.

El Consentimiento: Yo por este medio doy el permiso a BGCWTV para utilizar fotos o videos de mi niño en la publicidad del Club. Consiento a tales usos y por la presente renuncia derechos de compensación.

La Autorización de la emergencia: Yo por este medio doy el permiso al personal médico escogido por BGCWTV, sus empleados, los agentes, los directores, los voluntarios o los patrocinadores para proveer o buscar tratamiento de emergencia, (incluyendo radiografías) para mi niño en caso que yo no puedo ser localizado en una emergencia. Sin embargo, el dar de mi permiso no obliga a BGCWTV, sus empleados, los agentes, los directores, los voluntarios, ni los patrocinadores para organizar tal cuidado excepto lo que es dirigido por el personal médico.

Poliza de Puerta Abierta: Entiendo que BGCWTV es una facilidad de puerta abierta y abierto a todos jovenes miembros durante las horas de operacion. Su niño es supervisado mientras dentro de nuestro edificio. Yo ponder las reglas y consecuencias si mi nino/a se va del edificio sin mi permiso.

FIRMADO (padre o guardián)

FECHA

NEW ___ RENEW ___ MEMBERSHIP : Fee \$10 Receipt # _____ Date _____

Membership # _____ Staff Signature _____