

“LA ZONA” Aplicación para Membrecia

Recursos para Niños y Jóvenes
1050 Lashley Street
Longmont, CO 80501
Teléfono: (303) 651-8580



Información sobre el Joven (Letra de molde por favor)

Primer Nombre: <input type="text"/>	Segundo Nombre: <input type="text"/>	Apellidos: <input type="text"/>
Nombre de la persona(s) con quien usted vive: <input type="text"/>	Número de teléfono de domicilio: <input type="text"/>	Nombre del Contacto de Emergencia: <input type="text"/>
Domicilio: <input type="text"/>		Número de Emergencia y Extensión: <input type="text"/>
Ciudad: <input type="text"/>	Estado: <input type="text"/>	Código Postal: <input type="text"/>
		Dirección de Internet: <input type="text"/>

Demográfico

Género: <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de Nacimiento: <input type="text"/> Edad: <input type="text"/>	Antecedentes Étnicos: (Por favor marque solo uno) <input type="checkbox"/> Afro-americano <input type="checkbox"/> Raza Mixta <input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Blanco o Europeo <input type="checkbox"/> Indio Norteamericano
Nombre de la Escuela: <input type="text"/>	Grado: <input type="text"/>	Familia: Número de hermanas: <input type="text"/>	Número de hermanos: <input type="text"/>
Con quien vive usted (Por favor marque uno): <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Tío o Tía <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Solo la Madre <input type="checkbox"/> Padres Adoptivos <input type="checkbox"/> Guardianes <input type="checkbox"/> Otros _____ <input type="checkbox"/> Solo el Padre <input type="checkbox"/> Abuela o Abuelo <input type="checkbox"/> Padrastro			

Entiendo que completando esta forma y lo entregandola, estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Asistiré al Centro con gusto y seguiré las reglas.
- Trataré nuevas cosas y gozaré las actividades familiares.
- Respetaré a las personas, la propiedad y yo mismo.
- Daré nuevas ideas y compartiré mis pensamientos.
- Disfrutaré a lo maximo.

x _____ Fecha _____

FIRMA DEL JOVEN

NOMBRE DEL JOVEN: _____ **FECHA:** _____

Información sobre los Padres/Guardian

Nombre del Padre: []	Apellido(s) del Padre: []	Número de teléfono del empleo: []
Empleador del Padre: []	Ocupación del Padre: []	
Nombre de la Madre: []	Apellido(s) de la Madre: []	Número de teléfono del empleo: []
Empleador de la Madre: []	Ocupación de la Madre: []	
Nombre del Guardian: []	Apellido(s) del Guardian: []	Teléfono del empleo: []
Empleador del Guardian: []	Ocupación del Guardian: []	

Información de Médicos y Emergencia

Problemas médicos o alergias (Letra de molde) []	Enumere medicamentos que su hijo(a) esta tomando: []	
Nombre del Médico: []	Teléfono del Médico: []	Sabe nadar su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Compañía Aseguradora: []	Número de Póliza de Seguros: []	

Nombre de las persona autorizadas para recoger a su hijo(a)

Nombre de dos personas que estan autorizados para recojer al miembro:	
1.) Primer Nombre: []	Apellido(s): []
2.) Primer Nombre: []	Apellido(s): []
Personas No Aprobada(s): []	[]

El centro de jóvenes de ves en cuando lleva a estudiantes en paseos. Los paseos dentro de la ciudad de Longmont como el centro de recreación o la alberca Sunset pudrían ir sin la forma, otros viajes afuera de la ciudad requiere su forma con su firma. **Por favor llame nos sino quiere que no hijo/hija participe en los viajes.**

AUTORIZACION, DECLARACION Y LIBERACION PARA QUE MI HIJO(A) PUEDA PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES PATROCINADOS POR LA CIUDAD DE LONGMONT

Yo entiendo que existen ciertos riesgos asociados con la participación en las actividades de la Ciudad de Longmont mencionadas arriba. En nombre de mi hijo(a) menor identificado arriba. Yo por este medio libero de todo responsabilidad a la Ciudad de Longmont, sus funcionarios, agentes, voluntarios, asistentes y empleados de cualquier demanda o accion de cualquier tipo originada debido al daño físico, enfermedad, muerte o daño a la propiedad a causa de un accidente el cual puede ocurrir a mi hijo(a) menor durante la participación en las actividades patrocinadas por la Ciudad. Esta declaración y liberación de responsabilidad no aplica si dicho accidente, muerte o daño es causado deliberadamente por la imprudencia y negligencia de la Ciudad de Longmont, sus funcionarios, agentes, voluntarios, asistentes y empleados.

Firma del padre o guardian: _____ **Fecha:** _____

AUTORIZACION PARA SERVICIOS MEDICOS DE EMERGENCIA:

Yo como padre o guardian doy permiso a la Ciudad de Longmont, al personal y voluntarios para obtener tratamiento médico de emergencia para mi hijo(a) o sobre el hijo(a) que yo tengo custodia legal, cada uno de ellos quienes están en la lista de abajo. Yo entiendo que tratarán de contactarme varias veces antes de que mi hijo(a) tenga asistencia médica. Si el personal o voluntarios de la Ciudad de Longmont no pueden localizarme yo doy la autorización para que mi hijo(a) tenga asistencia médica. La Ciudad de Longmont puede contactar el siguiente Hospital o la Clínica para tratamiento o otros lugares si el Hospital o la Clínica que están en la lista de abajo no están disponibles.

Nombre del Médico o Hospital

Dirección	Teléfono del Hospital

PERMISO PARA FOTOGRAFIAS:

Para la promoción efectiva de los programas y actividades patrocinados por la Ciudad de Longmont, necesitamos el permiso de los padres para fotografiar a sus hijo(a). Yo le doy permiso a la Ciudad de Longmont para que tome y use las fotografías de mi hijo(a) para promocionar los programas y actividades realizados por la ciudad. Esto incluye permisos para publicar las fotografías de mi hijo(a) para dicho propósito. Yo entiendo que las fotografías tomadas de mi hijo(a) son propiedad de la Ciudad de Longmont y pueden ser usadas a la discreción de la ciudad.

Firma del padre o guardian: _____ **Fecha:** _____