



ENROLLMENT FORM – VERANO 2020

7:30 am to 5:30 pm Lunes-Viernes

niñas de 6-18 años (debe ser 6 antes del 26 de mayo o cumplir 6 años dentro de los 30 días)

sesión 1 (26 de mayo-26 de junio)

sesión 2 (6 de julio-7 de agosto)

(Siempre Consulte el calendario - Se le cobrará por cada sesión seleccionada)

Nombre de nina(s)	Edad	Fec. Nac.	Escuela	Grado (otoño)	Camisa
					Niña: S M L Mujer: S M L XL

Información de los padres/ guardianes

<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardian legal <input type="checkbox"/> Otro - Explique:	Apellido:	Primer Nombre:	Numeros de Contacto:	
			Cellular: _____	Trabajo: _____
			Otro: _____	

Dirección de domicilio de nina(s): (Calle) _____ (Ciudad) _____
 (Estado) _____ (Codigo Postal) _____

Hijos viven con (marque todo lo que corresponde) Madre Padre Guardian Legal
 Otro/Explique: _____
 Shelter/Motel/Vehiculo/Zona de campo/sin dirección

Nombre personas que NO ESTAN PERMITIDAS recoger a su hija: Hay un orden judicial que restringe cualquier persona de contacto con nina(s)? Quien?
 Nota: Es responsabilidad de los padres/guardian para proporcionar una copia de los documentos. ** Por favor hable con la Directora del Programa** It is the parent/guardian responsibility to provide a copy of the documents. **Please speak with Program Director.

<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardian Legal <input type="checkbox"/> Otro – Explique:	Apellido:	Primer Nombre:	Numeros de Contacto:	
			Cellular: _____	Trabajo: _____
			Otro: _____	

<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia #1 (necesario) Relation:	Apellido:	Primer Nombre:	Cellular/Casa/Trabajo:	Puede Recojer?
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO

<input type="checkbox"/> Contacto Emergencia #2 (necesario) Relation:	Apellido:	Primer Nombre:	Cellular/Casa/Trabajo:	Puede Recojer?
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO

<input type="checkbox"/> Mi nina tiene un trabajador/a Social <input type="checkbox"/> se reuniran en Girls Inc	Apellido:	Cellular/Casa/Trabajo:	Cellular/Casa/Trabajo:	Puede Recojer?
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO

Madre trabaja en : _____ **Padre trabaja en:** _____

Certifico que toda la información es verdadera / completa y que voy a actualizar esta forma tan pronto como se realiza algún cambio. Yo entiendo que tengo que asistir a una sesión de orientación para las nuevas familias (una por año escolar / otro de verano). Yo entiendo que mi hijo tiene que ser recogido por la hora de cierre y que el departamento de policía serán contactados si los padres llegan tarde. Niñas Inc. puede llamar, texto, o ponerse en contacto a través de cualquier medio posible para situaciones de emergencia y / o pastillas finales. La membresía puede ser revocada por las niñas cuyos padres son finales. También habrá cargos por pagos atrasados. También entiendo que mi hijo debe ser capaz de funcionar adecuadamente en un ambiente de grupo. Doy mi consentimiento para que mi hijo hable con un asesor contratado por Girls Inc. Doy mi consentimiento para el Distrito Escolar y / o empleados de DHS para hablar con el personal de Girls Inc. acerca de los problemas académicos / de comportamiento. He leído y entendido la disciplina ya las políticas de responsabilidad de los padres de Girls Inc

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

OFFICE USE ONLY

New Returning Dates: Enrolled _____ Orientation _____
 Application is complete Joining Fee paid Receipt Check # _____ Notified of weekly rate

información étnica / racial es solicitado por los nacionales y los donantes (United Way, etc.) para su uso estadístico. No va a ser compartida con información de identificación; es decir, compartida sólo de forma agregada
Información étnico / racial Patrimonio - para las estadísticas sólo se

<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native	<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Pacific Islander
<input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino	<input type="checkbox"/> Black or African American	<input type="checkbox"/> White	(Select 2 or more for multi-racial)

Idioma hablada en casa: Inglés Otro: _____

<p>Entiendo que las tarifas se deben a la semana el viernes y si hay un problema pagar Voy a hablar con el director del programa: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p>	<p>Hijo puede ser fotografiado: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>El niño puede asistir a caminar y / o campo transportado dispara con el personal: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p>	<p>Entiendo que: Las niñas no pueden caminar a / desde GI: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>Las niñas no pueden ser recogidos o dejados en/desde los viajes de campo/lugares fuera del sitio: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>firma de un adulto requiere para salir: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p>
<p>La niña tiene un hermano en el Boys / Girls Clubs: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>Entiendo la educación sexual integral es entregado a las edades 12+ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Entiendo niñas deben registrarse en sus teléfonos celulares en el mostrador. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p>	

Registro de Salud: No podemos ayudar si no nos damos cuenta - por favor proporcione la información completa

Alergias o restricciones (cuál de los niños, lo que sucede después del contacto, y la gravedad):

Operaciones o enfermedades (el cual niño, descripción, fechas):

<p>Comportamiento / Emocional Problemas / Trauma (cuál de los niños, describir):</p>	<p>IEP? (Cuál de los niños, adjunte una copia) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>Mejor contacto de IEP:</p>
--	---

<p>Todos los medicamentos regulares (incluso si no se dan en Girls Inc.):</p>	<p>Será Girls Inc. administrará medicamentos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si *FORMA NECESARIO* Describir:</p>
--	---

<p>En el caso de que no soy capaz de llegar y mi hijo / requiere (s) quirúrgico, atención inmediata médicos, dentales (y otros), por la presente doy permiso al personal de Girls Inc. y médicos / dentistas (y otros) para administrar tratamiento apropiado. También estoy de acuerdo en pagar todos los costos y cargos en conjunción con estos tratamientos. Se hará todo lo posible para notificar a los padres en caso de emergencia. Este formulario será presentado a los profesionales de emergencia tras el contacto para el tratamiento: Seguro: _____ Firma: _____</p>	<p>Podemos darle a su hijo Tylenol si es necesario? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>Doctor(es) Familiar:</p> <p>Dentista Familiar:</p>
---	---

Confidencial Preocupaciones / Problemas / Historia Mi chica (s) han sido afectadas por (marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> sobrepeso /gimnasio	<input type="checkbox"/> estrés/ansiedad/preocupación	<input type="checkbox"/> imagen corporal
<input type="checkbox"/> padres en la cárcel	<input type="checkbox"/> luchas en la escuela	<input type="checkbox"/> matones /es acosado (circule uno)
<input type="checkbox"/> attention/focus issues	<input type="checkbox"/> problemas de ira	<input type="checkbox"/> ADD/ADHD (diagnosticado)
<input type="checkbox"/> timidez / retirada	<input type="checkbox"/> abuso sexual en el pasado	<input type="checkbox"/> higiene
<input type="checkbox"/> timidez / retirada	<input type="checkbox"/> leyendo/escribiendo	<input type="checkbox"/> bajo peso / no va a comer
<input type="checkbox"/> trauma (explain)	<input type="checkbox"/> cuidado de crianza / refugio	<input type="checkbox"/> pasado sin hogar / corriente
<input type="checkbox"/> perfeccionismo	<input type="checkbox"/> nutrición/trastorno de la alimentación	
<input type="checkbox"/> Realización /mantenimiento de amigos		

Otro/Explique: _____

