



# Forma de Información para Membresía

Boys & Girls Club of Lawrence  
136 Water Street  
Lawrence, MA 01841  
978-683-2747

#
Date:
Unit:
Fee: \$

**Secreto:** Cualquier información confidencial solicitada es para nuestros expedientes y para el financiamiento nuestra organización recibe. Las respuestas que usted proporciona serán mantenidas totalmente confidenciales. Su cooperación en el abastecimiento de esta información es apreciada y necesaria. Los campos requeridos se denotan con un asterisks. (\*)

Cabeza de Familia (Letra de molde por favor)

<b>Primer Nombre *</b>	<b>Apellido *</b>	<b>Genero:</b> Masculino      Femenina
------------------------	-------------------	---

<b>Ingreso Anual (Familia):</b> ___ Under - \$10,000 ___ \$10,000 - \$20,000 ___ \$20,000 - \$30,000 ___ \$30,000 - \$40,000 ___ \$40,000 - \$50,000 ___ \$50,000 - +	<b>Dirección:</b>   (Ciudad):      (Estado):      (Codigo Postal):	<b>Tipo Dirección:</b> Hogar:  Trabajo:
---	---	--

<b>Tamaño de la Familia</b>	<b>Numero de Telefono:</b> (    ) -    -    Ext.  (    ) -    -    Ext.	<b>Tipo de numero telefono:</b> Hogar - Trabajo - Celular  Hogar - Trabajo - Celular
-----------------------------	--	---

<b>Patron:</b>	<b>Titulo de trabajo:</b>	<b>Compania de seguros:</b>
----------------	---------------------------	-----------------------------

Padres / Guardian (Letra de molde por favor)

<b>*Primer Nombre</b>	<b>Apellido*</b>	<b>Genero:</b> Masculino      Femenina
-----------------------	------------------	---

<b>Dirección:</b>  	<b>Tipo Dirección:</b> Hogar:  Trabajo:
---------------------------	--

(Ciudad):	(Estado):	(Codigo postal):
-----------	-----------	------------------

<b>Numero de telefono:</b> (    ) -    -    Ext.  (    ) -    -    Ext.	Hogar - Trabajo - Celular  Hogar - Trabajo - Celular
--	--

<b>Patron:</b>	<b>Titulo de trabajo:</b>	<b>Compania de seguros:</b>
----------------	---------------------------	-----------------------------

**Informacion Del Miembro** (Letra de molde por favor)

Primer Nombre \*

Medio Nombre:

Apellido \*




Apodo:

Fecha de Nacimineto:\*

Genero:\*

Pertenencia etnica:\*




Africano Americano  
Asiatico  
Americano  
Hispanic

Esquela:\*

Grado:\*

ID de la Esquela:\*




El Miembro Tipo de la Casa:

El Miembro Reside Con:

Familia      Poster Familia

Padra y Madre      Padre Poster      Other \_\_\_\_\_  
Madre      Padre      Divorciado      Viudo

Informacion Medica: (Letre de molde por favor)

Problemes de salud / Alergias



El Permiso para Medicos Treatmentmt?

Si  No

Dos Contacto de Emergencia:\*

1) Primer Nombre \*

Apellido \*



(    ) -    -    Ext.

Hogar  
Trabajo  
celular

El Padres  
El Guardian  
Familia  
Otro

Contacto de la emergencia  
Primario de la emergencia  
Vive con miembro

2) Primer Nombre \*

Apellido \*



(    ) -    -    Ext.

Hogar  
Tra-  
bajo

El Padres  
El Guardian  
Familia  
Otro

Contacto de la emergencia  
Primario de la emergencia  
Vive con miembro

He leido y completado esta aplicacion, entiendo las reglas de BGC de Lawrence pido que mi hijo(a) sea aceptado(a) para membresia de dicho club. Le he explicado a mi hijo(a) las reglas y estamos de acuerdo que BGC de Lawrence no seran responsables por qualqier accidente que mi hijo(a) tenga en BGC de Lawrence durante su participacion en los programas, ya sea dentro o fuera del edificio. Incluso, doy mi consentimiento para que mi hijo(a) participa en todos de las actividades del club, pose para fotos,videos y literatura mientras participa en actividades, y la organizacion pueda utilizar dichas fotos para promocion del BGC de Lawrence u otras formas siempre y cuanda sean apropiados.

Firma de Padre o Guardian : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_