



Boys & Girls Clubs of Garden Grove TARJETA DE EMERGENCIA

Office Only
 ASES
 FB
 Drop-In

Información del Estudiante (en letra de molde y en pluma negra o azul)

Nombre del niño/a _____ Edad _____ # de teléfono(____) _____
Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Fecha de nacimiento _____ Escuela _____ Maestro/a: _____ Grado _____

Información Familiar

Con quien vive el niño/a? Dos padres Madre Padre Guardián Otro _____
Nombre _____ Relación _____ #de Lic. _____
Trabajo _____ # de trabajo _____ # de celular _____
Dirección _____ # telefónico de la casa _____
Nombre _____ Relación _____ #de Lic. _____
Trabajo _____ # de trabajo _____ # de celular _____
Dirección _____ # telefónico de la casa _____

Información Médica

Mi hijo tiene seguro medico: No Si Si NO, le gustaría obtener ayuda para conseguir seguro medico: No Si
Medico o Plan de Salud _____ # de teléfono (____) _____
¿Algún Problema de Salud? No Si, Explique _____
Indique cualquier alergia _____

Contacto de emergencia (Aparte de los Padres)

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____
Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____
Fuera del estado Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____
Fuera del estado Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____
Hay alguna orden de la corte o de restricción de la cual deberíamos saber: No Si, Explique _____

Consentimiento del Padre

Mi hijo/a puede participar en caminatas de una milla mientras este en el club bajo supervisión. Si No
Pueden tomar fotos de mi hijo/a para publicidad. Si No
Mi hijo/s puede participar en actividades diseñadas para evaluar la efectividad de nuestro programa. Si No
Doy permiso para que GGUSD y BGCGG intercambien archivos y otra información médica y educacional confidencial sobre mi hijo/a. Si No

YO, CONSIENTO A LA MEMBRESÍA DE MI HIJO/A AL BOYS AND GIRLS CLUB DE GARDEN GROVE. YO LIBERO AL BOYS AND GIRLS CLUB DE GARDEN GROVE, AL DISTRITO ESCOLAR DE GARDEN GROVE Y A TODOS SUS AGENTES DE CUALQUIR RESPONSABILIDAD. EL BOYS AND GIRLS CLUB TIENE MI PERMISO PARA SELECCIONAR A UN DOCTOR EN CASO DE EMERGENCIA Y DE TRATAR A MI HIJO/A EN CASO DE QUE LOS PADRES O GUARDIANES NO SEAN LOCALISADOS. YO ASUMIRE TODA LA RESPONSABILIDAD POR CARGOS MEDICOS QUE RESULTEN DE ESA SITUACION.

TAMBIÉN ENTIENDO QUE SI EL DIRECTOR DEL PROGRAMA DETERMINA QUE MI HIJO/A NO PUEDE AJUSTARSE A LOS PROGRAMAS DEL BOYS AND GIRLS CLUB Y NO PUEDE COMPORTARSE DE ACUERDO A LAS POLIZAS DEL CLUB, SERE NOTIFICADO Y LA MEMBRESIA DE MI HIJO/A PUEDE SER CANCELADA.

EL BOYS AND GIRLS CLUB DE GARDEN GROVE Y EL DISTRITO ESCOLAR DE GARDEN GROVE NO SE HARAN RESPONSABLES SI CUALQUIER NIÑO/A DEJA NUESTRO LOCAL SIN PERMISO. POR FAVOR DE HABLAR CON EL COORDINADOR/DIRECTOR PARA MAS INFORMACION.

Firma del Padre _____ **Fecha** _____

IMPORTANTE: POR FAVOR ASEGURESE DE LLENAR LA APPLICACION COMPLETAMENTE Y CON INFORMACION ACTUAL.