



BOYS & GIRLS CLUB OF JANESVILLE

Paquete de inscripción

Instrucciones para padres / tutores

Para el bienestar de su hijo/a, la información usted proporciona debe ser completo y preciso. Esta información es necesaria para mantener los fondos, el cumplimiento del estado y archivos. El paquete de inscripción no será aceptado sin todos los formularios completados y artículos adicionales recibidos. Por favor marque cada casilla a medida que completa cada sección.

- Membresía juvenil anual
- Recogida autorizada
- Historial de salud y plan de atención de emergencia
- Registros de inmunización
- WI Shares
- Acuerdo de uso aceptable
- Términos y condiciones

Sólo para uso de oficina

Miembro renovador Miembro nuevo Miembro # _____

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Formulario de Membresía | <input type="checkbox"/> WI Shares | <input type="checkbox"/> Aprobado para WI Shares |
| <input type="checkbox"/> Recogida autorizada | <input type="checkbox"/> Acuerdo de uso aceptable | <input type="checkbox"/> Cuota de membresía (sin WI Shares) |
| <input type="checkbox"/> Historial de salud y plan de atención de emergencia | <input type="checkbox"/> Términos y condiciones | <input type="checkbox"/> Fecha de pago : _____ |
| <input type="checkbox"/> Registros de inmunización | | <input type="checkbox"/> Fecha de entrada en Visions: ____ |
| | | <input type="checkbox"/> Introducido por: _____ |

Personal de recepción de solicitud : _____ Fecha : _____
Firma del supervisor del personal : _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre de pila:	Segundo nombre:	Apellido:
Dirección actual (incluir # del apartamento):		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:		
Género (marque uno):	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero
Etnicidad (marque uno):	<input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Multirracial
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Blanco / Caucásico
	<input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano / Isleño del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Hispano / Latino	<input type="checkbox"/> Otro : _____
Escuela:	Grado actual:	Maestro actual:
Elegibilidad Para el Almuerzo Escolar:	<input type="checkbox"/> Gratis	<input type="checkbox"/> Reducido <input type="checkbox"/> No Elegible
El Miembro Vive Con (Marque Uno):	<input type="checkbox"/> Ambos Padres	<input type="checkbox"/> Cuidado de Acogida
	<input type="checkbox"/> Madre Sólo	<input type="checkbox"/> Hogar Grupal
	<input type="checkbox"/> Padre Sólo	<input type="checkbox"/> Otro : _____
	<input type="checkbox"/> Tutor : _____	
¿Este miembro asistirá al club a medio tiempo o a tiempo completo?		
Medio tiempo es de 4 horas o menos por semana	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo
Tiempo completo es de 8 horas o más por semana		
¿A qué días de la semana asistirá?		
<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes
Si su hijo va a faltar por alguna razón, llame al Club al 608-755-0575.		
INFORMACIÓN DE LOS PADRES		
PADRE PRIMARIO / TUTOR (Obligatorio)		
Si su información de contacto cambia		
Nombre (Nombre de Pila y Apellido):		
Teléfono Celular (Obligatorio):	Teléfono del Hogar:	
Empresa / Empresario Actual:		
Dirección de Empresa / Empresario:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Correo Electrónico:		
PADRE / TUTOR ADICIONAL		
Nombre (Nombre de Pila y Apellido):		
Teléfono Celular:	Teléfono del Hogar:	
Empresa / Empresario Actual:		
Dirección de Empresa / Empresario:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Esta información se usa al solicitar fondos de subvenciones estatales y federales. (Obligatorio)

¿Usted o algún miembro de su hogar está en servicio militar activo? (Marque uno) Sí No

¿Cuántas personas hay en su hogar, incluido usted? (Circule uno): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 +

Ingreso Anual Familiar (Circule Uno):

Menos de \$9,999 \$15,999 - 22,999 \$34,000 - 49,999 Más de \$75,000

\$10,000 - 14,999 \$23,000 - 33,999 \$50,000 - 74,999

**INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA
(DEBE SER ALGUIEN QUE NO SEA PADRE / TUTOR LEGAL)****CONTACTO DE EMERGENCIA # 1 (Obligatorio)**

Nombre (Nombre de Pila y Apellido):

Teléfono Celular (Obligatorio):

Teléfono del Hogar:

Empresa / Empresario Actual:

Dirección de Empresa / Empresario:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Correo Electrónico:

CONTACTO DE EMERGENCIA # 2

Nombre (Nombre de Pila y Apellido):

Teléfono Celular:

Teléfono del Hogar:

Empresa / Empresario Actual:

Dirección de Empresa / Empresario:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

RECOGIDA AUTORIZADA

Si su hijo tiene 12 años o menos, tiene dos opciones de recogida: 1) Recogida SOLAMENTE por personas autorizadas. (La persona autorizada debe entrar al Club, solicitar el niño/a por nombre y se le puede pedir que muestre su identificación) o 2) Recogida ABIERTA. (El niño tiene su permiso para salir el Club por su cuenta, ya sea para caminar a su casa o para encontrarse con un vehículo en el estacionamiento).

 Personas autorizadas Recogida abierta**PERSONAS AUTORIZADAS: ALGUIEN QUE NO SEA PADRE / TUTOR LEGAL****PERSONA AUTORIZADA # 1 (Requerido a menos que sea seleccionado recogida abierta)**

Nombre (Nombre de Pila y Apellido):

Relación con el niño:

Teléfono Celular:

Empleador Actual y Número de Teléfono del Trabajo:

 Esta Persona Está Autorizada a Recoger a Mi Hijo.**PERSONA AUTORIZADA # 2**

Nombre (Nombre de Pila y Apellido):

Relación con el niño:

Teléfono Celular:

Empleador Actual y Número de Teléfono del Trabajo:

 Esta Persona Está Autorizada a Recoger a Mi Hijo.

HISTORIAL DE SALUD Y PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA DEL MIEMBRO

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Doctor principal: _____

Enumere todos los medicamentos que su hijo está tomando: _____

*Si su hijo necesita medicamentos administrados durante el horario del Club, complete el formulario "Información y autorización de medicamentos".

Condiciones Médicas Marque Todas las Que Correspondan):

Trastorno por déficit de atención Diabetes Epilepsia / trastorno convulsivo

Asma Trastorno emocional / del comportamiento Autismo

Otras condiciones médicas / razones que inhibirían a su hijo de participar en ciertas actividades físicas: _____

¿Su hijo tiene alergias o restricciones alimenticias? (Por favor marque todos los que apliquen):

Leche / Productos lácteos

Trigo / gluten de trigo

Cacahuete / mantequilla de cacahuete

Otro:: _____

Nueces

Entiendo que mi hijo puede recibir botanas en el Club. Es mi responsabilidad notificar al personal sobre cualquier alergia.

AUTORIZACIÓN DE LA CREMA SOLAR DE PROTECCIÓN TOTAL / REPELENTE (ANTIINSECTOS)

Autorizo que mi hijo pueda tener aplicado la crema solar de protección total

Autorizo que mi hijo pueda tener aplicado repelente (anti insectos)

NO AUTORIZO que mi hijo tenga crema solar de protección total / repelente (anti insectos)

La crema solar de protección total / repelente (anti insectos) debe estar en forma de spray. El personal del Club no puede aplicar loción a la piel.

Es mi responsabilidad mantener mi información de contacto actualizada en el Club. En caso de una emergencia, lesión / herida o enfermedad, entiendo que el Club hará un esfuerzo razonable para contactarme. Si no me pueden contactar, **autorizo al médico o centro de tratamiento** seleccionado por el Club para brindar atención inmediata a mi hijo/a. Entiendo que seré responsable de cualquier costo por cualquier lesión / herida en la que mi hijo/a pueda incurrir durante la participación en actividades del Club y entiendo y asumo el riesgo asociado con la participación de mi hijo/a en el Club. Entiendo que si mi hijo/a está ausente de la escuela por alguna razón, no puede asistir a las actividades del Club en esos días.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

**REGISTRO DE INMUNIZACIONES
PARA GUARDERÍA INFANTIL**

COMPLETE Y DEVUELVA A LA GUARDERÍA INFANTIL. La ley estatal requiere que todos los niños que van a guarderías infantiles presenten evidencia de sus inmunizaciones contra algunas enfermedades dentro de 30 días escolares de ser admitidos. Estos requisitos pueden ser eliminados sólo si se presenta a la guardería una declaración de renuncia por motivos de salud, religiosos o creencias personales. Vea "Renuncia" más abajo. Si tiene alguna pregunta sobre las vacunas o cómo llenar esta forma comuníquese con la guardería de su hijo o con el departamento de salud local.

DATOS PERSONALES ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

PASO 1

Apellido, nombre, inicial del niño	Fecha de nacimiento (mes, día, año)	No. de teléfono
Apellido, nombre, inicial del padre o madre/ tutor/ persona con custodia legal	Dirección, calle, apartamento ciudad, estado, código	

HISTORIA DE VACUNAS

PASO 2 Anote el MES, DÍA Y AÑO en que su hijo recibió cada una de las siguientes vacunas. NO USE EL SIGNO (v) o (X), excepto para indicar si el niño tuvo varicela. Si usted no tiene un registro de vacunas de este niño, comuníquese con el médico o con la agencia de salud pública para obtener las fechas.

TIPO DE VACUNA	Primera dosis Mes/Día/Año	Segunda dosis Mes/Día/Año	Tercera dosis Mes/Día/Año	Cuarta dosis Mes/Día/Año	Quinta dosis Mes/Día/Año
Difteria, Tétano, tos ferina (especifique DTP, DTaP, o DT)					
Polio					
Hib (Influencia hemofilius Tipo B)					
Vacuna Antineumocócica Conjugada (PCV)					
Hepatitis B					
Sarampión- Paperas- Rubéola (MMR)					
Varicela (viruela loca). Esta vacuna se necesita sólo si el niño ha tenido la varicela					

¿Ha tenido el niño la varicela? Marque el cuadro adecuado y anote el año si lo sabe.
 Sí, año _____ (no necesita la vacuna) No, no tengo seguridad (necesita la vacuna)

REQUISITOS

PASO 3 Las siguientes son las vacunas mínimas requeridas de su hijo según su edad o grado en la escuela. Todos los niños dentro de esta categoría deben cumplir con estos requisitos. Los niños que cumplen año o cambian de nivel mientras asisten a la guardería deben poner al día su registro con las fechas de las dosis adicionales requeridas.

EDAD	NÚMERO DE DOSIS					
5 meses a 15 meses	2 DTP/DTaP/DT	2 Polio	2 Hib	2 PCV	2 Hep B	
18 meses a 23 meses	3 DTP/DTaP/DT	2 Polio	3 Hib ¹	3 PCV ²	2 Hep B	1 MMR ³
2 años a 4 años	4 DTP/DTaP/DT	3 Polio	3 Hib ¹	3 PCV ²	3 Hep B	1 MMR ³ 1 Varicela
Al entrar a Kindergarten	4 DTP/DTaP/DT ⁴	4 Polio		3 Hep B	2 MMR ³	2 Varicela

¹ Si el niño comenzó la serie de vacunas Hib a los 12-14 meses de edad, sólo se requieren 2 dosis. Si el niño recibió una dosis de Hib a los 15 meses de edad o después, no se requieren dosis adicionales. Se debe recibir un mínimo de una dosis después de los 12 meses de edad (Nota: una dosis 4 días o menos antes del primer cumpleaños también es aceptable).
² Si el niño comenzó la serie de vacunas PCV a los 12-23 meses de edad, sólo se requieren 2 dosis. Si el niño recibió la primera dosis de PCV a los 24 meses de edad o después, no se requieren dosis adicionales.
³ La vacuna triple viral (MMR) debe haberse recibido en el primer cumpleaños o después (Nota: una dosis 4 días o menos antes del primer cumpleaños también es aceptable).
⁴ Los niños que entran al kinder deben haber recibido una dosis después del cuarto cumpleaños (ya sea la 3^a, 4^a o 5^a) para estar en cumplimiento (Nota: una dosis 4 días o menos antes del cuarto cumpleaños también es aceptable).

FECHAS DE CUMPLIMIENTO Y RENUNCIAS

PASO 4 **SI SU HIJO CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS** (firme en el PASO 5 y entregue este formulario a la guardería infantil)
O
SI SU HIJO NO CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS, (marque la casilla adecuada, firme y entregue este formulario a la guardería infantil).
 Aunque mi hijo no ha recibido todas las dosis de las vacunas requeridas para su edad, ha recibido por lo menos la primera dosis de cada vacuna. Entiendo que es mi responsabilidad obtener el resto de las dosis de las vacunas requeridas para mi hijo DENTRO DE UN AÑO y que debo notificar por escrito a la guardería infantil a medida que recibe cada dosis.
NOTA: Si no cumple con el programa o no reporta las vacunas a la guardería infantil, los padres podrán recibir una orden judicial y una multa de hasta \$25 dólares por cada día de incumplimiento.
 Por razones de salud este niño no recibirá las siguientes vacunas _____ (anote en el PASO 2 las vacunas que ya haya recibido)

 Firma del médico
 Por razones religiosas este niño no recibirá las vacunas. (Anote en el PASO 2 las vacunas que ya haya recibido)
 Por razones personales este niño no recibirá las vacunas. (Anote en el PASO 2 las vacunas que ya haya recibido)

FIRMA

PASO 5 Este formulario se ha completado en forma precisa de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento.

_____	_____
Firma del Padre o Madre, Tutor, o Persona con Custodia Legal	Fecha firma

¿Recibe Cuidado Infantil de WI Shares o W2?

Boys & Girls Club de Janesville es un centro de cuidado infantil con licencia y da la bienvenida a las familias de WI Shares.

Por favor seleccione uno de los siguientes (obligatorio):

- Sí, tengo un caso abierto de Cuidado Infantil de WI Shares. Mi número de caso es _____ . Me comunicaré con mi trabajador social para actualizar mi Autorización de Cuidado Infantil.
- Sí, recibo W2. Mi número de caso es _____ . Me comunicaré con mi trabajador social para actualizar mi Autorización de Cuidado Infantil.
- No, actualmente no recibo Cuidado Infantil de WI Shares o W2. Entiendo que debo completar la información a continuación para determinar si soy elegible para los beneficios (Consulte la hoja de trabajo en la mitad inferior de la página).

Si mi familia es elegible, acepto tomar las medidas necesarias para designar al Boys & Girls Club de Janesville como mi proveedor de cuidado infantil.

Firma : _____ Fecha: _____ Número telefónico : _____

¿Soy Elegible?

Si actualmente no recibe Cuidado Infantil de WI Shares o W2, complete la siguiente información. Toda la información debe completarse para la membresía.

Enumere Todos los Adultos en el Hogar

Nombre de pila	Actualmente trabajando (Circule uno)
	Sí No

Enumere a Todos los Niños en el Hogar

Nombre de Pila	Edad del Niño

Información de Ingresos Mensuales

Ingreso bruto mensual total de su hogar por trabajo(s)	\$
* Ingreso mensual adicional total recibido	\$
O	
Número de horas trabajadas por semana	
Cantidad ganada por hora	\$
* Ingreso mensual adicional total recibido	\$

* ¿Recibe algún ingreso adicional? (Marque todo aplicable)

- Manutención de los hijos
- Seguridad Social / SIS
- Desempleo
- Otro _____



Acuerdo de uso aceptable:

Contrato de Chromebook y tableta de BGC de Janesville



Entiendo que el Boys & Girls Club de Janesville proporciona recursos electrónicos, incluido el acceso a Internet como parte del plan de estudios. Estoy de acuerdo con las siguientes responsabilidades y restricciones:

Utilizaré Internet solo con el permiso del personal del Club.

Usaré las tabletas y los Chromebooks solo para uso educativo.

Entiendo que mi uso de las computadoras del sistema de BGC no es privado, y que BGC puede monitorear mi uso.

No voy a violar las leyes de derechos de autor, dañar o manipular hardware o software, dañar o destruir datos, o introducir virus.

No tomaré fotos ni grabaré videos de ningún estudiante o miembro del personal sin su permiso.

No descargaré ninguna aplicación en los dispositivos sin permiso.

No utilizaré ningún sitio de redes sociales (Facebook, Twitter, Messenger, etc.) o correo electrónico sin permiso.

No jugaré ni usaré recursos electrónicos que tengan contenido inapropiado.

No intentaré ver, enviar ni subir nada que diga y / o muestre cosas malas o desagradables sobre la raza, religión ni género de nadie.

No dañaré la computadora ni el trabajo de nadie más.

No me atribuiré el mérito por el trabajo de otras personas.

Reportaré cualquier problema a un miembro del personal.

Las violaciones pueden llevar a la pérdida de acceso a la computadora y / u otras medidas disciplinarias.

Al firmar este acuerdo, estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad total por cualquier daño a los Chromebooks o tabletas causado por mí mismo.

Escriba el nombre del estudiante: : _____ Escuela: _____ Grado: _____

Firma del estudiante:: _____ Fecha: _____

Padres: He leído y discutido con mi hijo el Acuerdo de uso aceptable, y doy permiso para su uso de los recursos. Entiendo que el acceso a la computadora depende de la adherencia a la acuerdo. Aunque los miembros del club son supervisados usando los dispositivos, y su uso es monitoreado electrónicamente, soy consciente de la posibilidad de que mi hijo tenga acceso a material que el personal de BGC e yo podemos considerar inapropiado o no de valor educativo.

Al firmar este acuerdo, estoy de acuerdo en asumir toda la responsabilidad por cualquier daño a los Chromebooks o tabletas causados por mi hijo.

Escriba el nombre de padre:: _____

Firma de padre:: _____ Fecha: _____

*** LOS ESTUDIANTES NO PUEDEN USAR COMPUTADORAS A MENOS QUE SE FIRME Y DEVUELVA ESTE ACUERDO.**

PERMISOS GENERALES

Lea atentamente las siguientes declaraciones y firme a la parte inferior de la página.

Política de comportamiento:

- Acepto compensar al Club por cualquier daño causado por mi hijo a través de un uso indebido o mala conducta intencional. Entiendo que se aplicarán cargos adicionales si recojo a mi hijo después de que el Club haya cerrado por la noche.
- Leí y le expliqué las reglas a mi hijo y aceptamos seguir las reglas y políticas del Club.
- Entiendo que todos los miembros deben tener la madurez física, mental y emocional para actuar e interactuar de manera independiente y receptiva en el escenario del Club.
- El Boys & Girls Club tiene una política de no intimidación - no se tolera ningún tipo de intimidación y resultará a una suspensión.
- Entendemos que la membresía del Club es un privilegio y puede suspenderse / cancelarse en cualquier momento a discreción del Club.

Paseos / Excursiones locales:

El Boys & Girls Club tiene mi permiso para llevar a mi hijo a paseos supervisados y excursiones locales en el vehículo del Boys & Girls Club con personal autorizado del centro. Se tomarán todas las precauciones para garantizar la seguridad de mi hijo.

Permiso de medios / fotos:

El Club tiene mi permiso para usar la foto o el retrato de mi hijo en cualquier medio diseñado para informar o educar al público sobre el Club.

Las encuestas BGC:

Doy mi permiso al Boys & Girls Club de Janesville para encuestar a mi hijo sobre sus experiencias en el Club, conductas de riesgo, habilidades y actitudes. Soy consciente de que habrá copias en blanco de las encuestas de resultados para jóvenes disponibles para su revisión en la Recepción (durante el tiempo de la encuesta). Estoy de acuerdo en que si no quiero que mi hijo participe en el Encuestas de resultados de jóvenes, debo dar aviso por escrito al Boys & Girls Club de Janesville.

Información de la escuela:

Doy mi permiso al Boys & Girls Club de Janesville y al distrito escolar en el que mi hijo está inscrito, a intercambiar información con respecto al niño menor de edad enumerado en esta aplicación. El propósito del intercambio es ayudar a ambas organizaciones hacer un mejor trabajo para ayudar al alumno a tener éxito en la escuela, en Boys & Girls Club, y en la vida.

Cierres:

Entiendo que es mi responsabilidad saber si el Club está **cerrado** o cerrará temprano debido a tiempo inusualmente o condiciones inseguras. Consulte en línea a www.wclo.com (pestaña de cierres), la página de Facebook del Boys & Girls Club de Janesville, o llame para ver si hay alguien en el Club. También sepa que cuando las escuelas están cerradas por el clima, el Club también estará cerrado.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores. Doy permiso para mi hijo / hija para ser miembro de Boys & Girls Club de Janesville.

Firma del padre / tutor : _____ Fecha : _____

Firma del miembro : _____ Fecha: _____

Tell Us A Little Bit About Your Child

Member Name: _____ Date: _____

Parent/Guardian Name: _____

What is the most important thing we should know about your child?

Any tips for our team on working with your child?

Any stressors, concerns, or family information that would be helpful for staff to know?

Anything else you would like to share, that will help make this a successful year?

We appreciate all the input you can provide to better care for your child. All details will be kept confidential.

Supervisor Signature: _____ Date: _____