



www.lagunamadrekids.org  
**Laguna Madre Youth Center**  
 190 PORT ROAD, PORT ISABEL,  
 TEXAS 78578  
 (956) 943-6310 \* FAX (956) 943-4331

2019 – 2020 Registration

RECIBIDO:	_____
RECIBO #:	_____ DIA: _____
EFFECTIVO/CHEQUE \$	_____
STAFF:	_____
DEPORTE:	_____
#DE MIEMBRO:	_____

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_ APEIDO \_\_\_\_\_

F.D.N. (MES/DIA/AÑO): \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ GENERO: M / F

DIRECCION DE CORREO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

DIRECCION FISICA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

RAZA: \_\_\_\_\_ BLANCA \_\_\_\_\_ HISPANO \_\_\_\_\_ AFRICANO/AMERICANO \_\_\_\_\_ ASIATICO \_\_\_\_\_ OTRO

ESCUELA QUE ATIENDE: GARRIGA DERRY JR. HIGH HIGH SCHOOL

NIVEL DE GRADO: K 1<sup>ST</sup> 2<sup>ND</sup> 3<sup>RD</sup> 4<sup>TH</sup> 5<sup>TH</sup> 6<sup>TH</sup> 7<sup>TH</sup> 8<sup>TH</sup> 9<sup>TH</sup> 10<sup>TH</sup> 11<sup>TH</sup> 12<sup>TH</sup>

NOMBRE DEL MAESTRO: \_\_\_\_\_

TAMAÑO DE CAMISETA DEL MIEMBRO:

YS YM YL AS AM AL AXL

**INFORMACION DE PADRES O GUARDIAN:** EL NIÑO VIVE CON USTED? SI / NO

CASADO: \_\_\_\_\_ SOLTERO: \_\_\_\_\_ DIVORCIADO: \_\_\_\_\_ **JEFE DE FAMILIA** \_\_\_\_\_ PADRE \_\_\_\_\_ MADRE

**Ingreso Anual:** La siguiente informacion es opcional, pero es necesaria como propositos estadisticos para recibir fondos para programas. Esta informacion sera confidencial y de ninguna manera afectara la participacion de los niños en nuestros programas.

INGRESO ANUAL: \_\_\_\_\_ \$0- \$10,000 \_\_\_\_\_ \$10,001- \$20,000 \_\_\_\_\_ \$20,001- \$30,000  
 \_\_\_\_\_ \$30,001- \$40,000 \_\_\_\_\_ \$40,001- \$50,000 \_\_\_\_\_ \$50,000- y arriba

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ TELEFONO: ( ) \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_ AGENCIA: \_\_\_\_\_ # DE TRABAJO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_ TELEFONO: ( ) \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_ AGENCIA: \_\_\_\_\_ # DE TRABAJO \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_ #TEL \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_ #TEL \_\_\_\_\_

PERSONA AUTORIZADA PARA RECOGER AL MIEMBRO: \_\_\_\_\_ #TEL \_\_\_\_\_

PERSONA AUTORIZADA PARA RECOGER AL MIEMBRO: \_\_\_\_\_ #TEL \_\_\_\_\_

**INFORMACION MEDICA DEL NIÑO:**

DOCTOR DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

HOSPITAL O CLINICA: \_\_\_\_\_

TIENE SEGURO MEDICO? SI / NO

COMPAÑIA DE SEGURO: \_\_\_\_\_ PROVEDOR DE SEGURO: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS MEDICOS: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_ MEDICACION: \_\_\_\_\_

Laguna Madre Youth Center NO es una guarderia con licencia.

**CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACION DE PADRES**

Entiendo que Laguna Madre Youth Center tiene un campus con poliza abierta, que esta en efecto todo el tiempo. Ademas entiendo que Laguna Madre Youth Center NO es responsable por el tiempo o manera que mi niño (a) (o custodiado) pueda llegar o salir de la instalacion.

Entiendo y acepto que mi niño (a) (o custodiado) tiene que ser recogido a la hora que se cierra o un cobro extra que tendra que ser pagado antes que el miembro regrese al club. El cargo por llegar tarde es de \$5 por cada 15 minutos tarde, por miembro. Le doy permiso al club para administrar ocasionalmente entrevistas anonimas a mi niño (a) (o custodiado) con objetivo a un mejor entendimiento en la s necesidades de mi niño (a) (o custodiado) y el impacto de mi niño (a) (o custodiado) con el club. Le doy permiso al Club para sacar copias de los reportes y calificaciones de mi niño (a) (o custodiado) o que PIISD les de acceso a archives pertenecientes a mi niño (a) (o custodiado) para fines realcionados con la consecion y para un major entedimiento academico a las necesidades de mi niño (a) (o custodiado) y para para ayudar mejor a él/ella en su/sus actividades educativas. Entiendo que las copias delos reportes y calificaciones seran mantenidas confidencialmente y solo seran vistas por el personal de Laguna Madre Youth Center. **No hay devoluciones bajo ninguna circunstancia.** También doy permiso al personal u otros representantes de autorizar y obtener atención médica de cualquier médico con licencia, hospital o clínica médica para cualquier participante que se enferma o se lesiona durante su participación en actividades fuera de casa, o en cualquier otro momento cuando sea necesario para garantizar la autorización para el tratamiento de emergencia.

Firma  
del padre: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_

Firma  
del  
miembro:: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Si Acepto**

\_\_\_\_\_ **No Acepto**

**Doy autorizacion a Laguna Madre Youth Center para tomar fotos y videos de mi hijo (a) y compartirlos en el club como en las redes sociales.**

**Adjunto: Guia para padres y miembros, Favor de firmar la aplicacion y entregar a la oficina.**