

# Boys & Girls Clubs of Harrisonburg and Rockingham County

**UN GRAN FUTURO COMIENZA AQUÍ**  
solicitud de membresía

**Solicitud de  
membresía es:  
\$15.00  
BGCHR  
después de  
Horas de**

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Dept. Ciudad Estado Código Postal

Apodo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Escuela a la que asiste: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Maestro(a): \_\_\_\_\_ Programa de Comida (gratis, rebajado, completo) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Tamaño de camiseta: \_\_\_\_\_

## Información Familiar (Necesaria):

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Empleado: \_\_\_\_\_

Horas de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono (T): \_\_\_\_\_

Direcciones del Hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono (H): \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal

Nombre del Madre: \_\_\_\_\_ Empleado: \_\_\_\_\_

Horas de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono (T): \_\_\_\_\_

Direcciones del Hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono (H): \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal

## Tutor Legal (si es diferente al arriba mencionado):

Nombre: \_\_\_\_\_ Empleado: \_\_\_\_\_

Horas de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono (T): \_\_\_\_\_

Direcciones del Hogar: \_\_\_\_\_ Telefono (H): \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal

## Salud:

¿Tiene su hijo (a) alguna alergia? (anótelas): \_\_\_\_\_

No tolera algunos alimentos (anótelas): \_\_\_\_\_

Es alérgico o no tolera ciertos medicamentos o sustancias (anótelas): \_\_\_\_\_

Enfermedades contagiosas que su niño (a) ha tenido:

Paperas: \_\_\_\_\_ Viruela \_\_\_\_\_ Varicela \_\_\_\_\_ Sarampión \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Enfermedades Graves: \_\_\_\_\_

Problemas Físicos/Psicológicos: \_\_\_\_\_  
Otras Condiciones/Problemas: \_\_\_\_\_

Medico: Para ser contactado en caso de emergencia medica

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Dentista: Para ser contactado en caso de emergencia dental

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Contactos y personas autorizadas para visitar o recoger a s niño:

Contacto de Emergencia: ____ Autorizado para recoger al niño(a): ____ Nombre: _____ Dirección H: _____ Relación: _____ Teléfono: _____ Tipo: _____ Teléfono: _____ Tipo: _____	Contacto de Emergencia: ____ Autorizado para recoger al niño(a): ____ Nombre: _____ Dirección H: _____ Relación: _____ Teléfono: _____ Tipo: _____ Teléfono: _____ Tipo: _____
--	--

Contacto de Emergencia: ____ Autorizado para recoger al niño(a): ____ Nombre: _____ Dirección H: _____ Relación: _____ Teléfono: _____ Tipo: _____ Teléfono: _____ Tipo: _____	Contacto de Emergencia: ____ Autorizado para recoger al niño(a): ____ Nombre: _____ Dirección H: _____ Relación: _____ Teléfono: _____ Tipo: _____ Teléfono: _____ Tipo: _____
--	--

Personas no autorizadas para recoger o visitar a mi niño: Anote **TODAS** las personas que no pueden recoger o visitar a su niño(a) en el Club. Por favor proporcione documentos legales (por ejemplo: papeles de divorcio, ordenes de restricción, etc.)

1. Nombre: \_\_\_\_\_  
Relación con el niño(a): \_\_\_\_\_  
2. Nombre: \_\_\_\_\_  
Relación con el niño(a): \_\_\_\_\_

**POR FAVOR LEA LAS SIGUIENTES POLITICAS Y REGLAMENTOS CON SU NINO(A). SUS FIRMAS EN LAS SOLICITUD INDICAN QUE TANTO USTED COMO SU NINO(A) HAN LEIDO Y ENTIENDEN LA POLITICA DISCIPLINARIA Y LOS REGLAMENTOS SOBRE LA PROPIEDAD DEL CLUB. USTED PUEDE SACAR O SOLICITAR UNA COPIA DE ESTAS POLITICAS Y REGLAMENTOS EN EL CLUB.**

## **Política Disciplinaria**

Se espera que los niños(as) en edad escolar escuchen y sigan instrucciones verbales, respeten sus alrededores, e interactúen con sus compañeros de acuerdo al nivel de desarrollo de cada niño(a). Se pide que cada niño(a) respete la autoridad de los adultos y que muestren un actitud cooperativa.

El comportamiento inaceptable incluye lo siguiente:

1. Comportamiento peligroso o que lastime a cualquier niño(a) o adulto (ejemplo: patadas, golpes mordidas, etc.)
  2. Comportamiento indisciplinado continuo que interrumpe o inhibe cualquier actividad o rutina
  3. Abuso o robo de los materiales o propiedad del Boys & Girls Club
- Abuso verbal o malas palabras hacia cualquier niño(a) o adulto

Todo el personal y voluntarios ejercerán la disciplina de una manera positiva, siguiendo el modelo que usan en las escuelas primarias del área. No se permitirá el castigo corporal en ningún momento. Privar de la comida, dar nalgadas, abusar verbalmente, y hacer comentarios humillantes hacia el niño(a) o su familia son formas inaceptables de acción disciplinaria.

Si hay un problema evidente, se hablara con el niño(a) de manera suave y positiva sugiriéndole otras alternativas para mejorar la situación. Si el mal comportamiento continua se la separara del resto del grupo y se la excluirá de la actividad pidiéndole que siente en una silla donde este a la vista del personal.

Cualquier conducta inapropiada que sea inusual, repetitiva, o excepcional será reportada al padre o tutor, notificándole que si esta conducta inapropiada continua, el niño(a) será suspendido del Boys & Girls Club por una semana. Al niño(a) se la informara sobre este aviso. Si después de la suspensión, la conducta inapropiada persiste, el personal del Boys & Girls Club le mandara al padre/tutor un aviso por escrito advirtiéndole de la posible expulsión del niño del programa. Un incidente más después de haber recibido esta advertencia puede resultar en la expulsión inmediata del Boys & Girls Club.

\_\_\_\_\_  
Firma del niño(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Guardián/Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Reglamentos de la Propiedad del Club

Por favor nota de que los terrenos y programas del Club se rigen por las políticas de los Boys & Girls Clubs. Esto significa que todos los empleados, voluntarios, niños(as) y adultos que vienen al edificio o a sus terrenos **TIENEN QUE** seguir las políticas establecidas por el Boys & Girls Clubs of Harrisonburg & Rockingham County.

Abajo se encuentran las políticas y las consecuencias para los jóvenes que participen y asistan a los Boys & Girls Clubs. Por favor, léalos y compártalos con su niño(a).

Política	Consecuencia
❖ No se permite ningún producto de tabaco en el edificio sus terrenos	El producto de tabaco será confiscado, suspensión del programa por 3 días
❖ No se permite fumar en el edificio y sus terrenos	El producto de tabaco será confiscado, suspensión del programa por 3 días
❖ No se permiten alcohol, ni drogas, ni utensilios para drogas en el edificio y sus terrenos	Los utensilios para drogas serán confiscados, y se presentaran cargos con el Departamento de
❖ No se permiten “beepers” en el edificio y sus terrenos	Policía de Harrisonburg, mínimo una semana de suspensión
❖ No se permiten armas en el edificio y sus terrenos	El beeper será confiscado, y se presentaran cargos con el Departamento de Policía de Harrisonburg, mínimo una semana de suspensión
	Las armas serán confiscadas, y se presentaran cargos en el Departamento de Policía de Harrisonburg, mínimo una semana de suspensión

**Hemos leído y entendido las políticas y consecuencias establecidas por los Boys & Girls Clubs of Harrisonburg and Rockingham County y estamos de acuerdo en cumplir con ellas.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Otros Acuerdos con el Boys and Girls Club**

1. Estoy de acuerdo en cumplir con todas las reglas y reglamentos establecidos por el Club.
2. Estoy de acuerdo en proporcionar información médica apropiada y aceptable sobre mi niño(a), tales como copias de examen físico, vacunas, y cualquier otra información requerida por el Club.
3. Estoy de acuerdo en que mi niño(a) sea recogido tan pronto como sea posible en caso de emergencia o enfermedad repentina.
4. Estoy de acuerdo en remover voluntariamente a mi niño(a) del programa si hay problemas persistentes de disciplina u otros que no pueden ser resueltos mediante esfuerzos razonables del personal. Yo entiendo que el Boys & Girls Club se reserva el derecho a exigir que mi niño(a) sea removido del programa inmediatamente o puede conceder hasta dos semanas antes de exigir que sea removido, dependiendo del problema.
5. Estoy de acuerdo en pagar por danos ocasionados por mi hijo(a) al edificio o al equipo utilizado, o que sea propiedad del Boys & Girls Club, con las excepción de aquellos danos que son resultado claro de un accidente inevitable.
6. Yo entiendo y estoy de acuerdo que es mi responsabilidad hacer arreglos de transportación al Club para mi niño(a) y que el Boys & Girls no es responsable por mi niño(a) hasta que él/ella llega al Club.
7. Estoy de acuerdo en que mi niño(a) pueda acompañar a personal y/o voluntarios del Boys & Girls Club en excursiones con el Club, con el entendimiento de que el Club me notificara, y que mi niño(a) no asistirá sin mi permiso.
8. Esto de acuerdo en que mi niño(a) pueda acompañar a personal y/o voluntarios del Boys & Girls Club en viajes cortos de grupos pequeños dentro de las comunidad, a pie o en automóvil, sin notificación formal.
9. Yo entiendo que es responsabilidad del Boys & Girls Club notificarme a mí, o a uno de los contactos de emergencia que he proporcionado, en caso de que mi niño(a) se enferme o se golpee mientras este en o con el Club.
10. Yo notificare al Boys & Girls Club antes de las 9:00 a.m. si por cualquiera razón mi niño(a) no va asistir ese día. El Club está de acuerdo en contactarme inmediatamente si mi niño(a) no llega en cualquier día programado.
11. Por este medio autorizo a los representantes del Boys & Girls Club a obtener atención medica de emergencia para mi niño(a) si es necesario, y ni yo ni ninguna de las personas autorizadas pueden ser contactadas.
12. Yo doy permiso para que el Boys & Girls Club reciba o de información relevante sobre mi niño(a) a las escuelas, agencias de servicios sociales, proveedores de salud mental, u otras agencias relacionadas. Entiendo que esta información será usada con discreción y como una ayuda para determinar que programas son apropiados para mi niño(a).
13. Doy permiso para que la información proporcionada por mi, mi niño(a), la familia de mi niño(a) y otras agencias pueda ser compartida con discreción con voluntarios que trabajen con mi niño(a). Entiendo que a los voluntarios se les pide que esta información se mantenga confidencial.
14. Entiendo que es política del Boys & Girls Club el NO aplicar repelente para insectos a los miembros del Club. Si deseo que mi hijo(a) tenga repelente para insectos tendré que aplicárselo antes de que llegue al club.

**Hemos leído y entendido los lineamientos establecidos por los Boys & Girls Clubs of Harrisonburg & Rockingham County y estamos de acuerdo con ellos.**

---

Firma del Padre o Tutor

---

Fecha

## Consentimiento para publicar en medios de comunicación

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

### Marque un cuadro:

**SI** le doy permiso a los Boys & Girls Clubs of Harrisonburg & Rockingham County para publicar fotografías o videos que incluyan a mi niño(a).

**NO** le doy permiso a los Boys & Girls Clubs of Harrisonburg & Rockingham County para publicar fotografías o videos que incluyan a mi niño(a).

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Los siguientes formularios son **NECESARIOS**:  
Por favor marque cuales formas ha completado y devuélvalo al director de unidad

- Una solicitud de membresía completa que incluya:
- Consentimiento para publicar en medios de comunicación
- Acuerdo de las Políticas Disciplinarias (firmado por padre y niño(a))
- Acuerdo de los Reglamentos de la Propiedad del Club (firmado por padre y niño(a))
- Formulario de Asistencia Para Comidas Para el Año Escolar
- Información Demográfica
- Autorización para dar Medicina (si aplica)
- Cartilla de Vacunación: Por favor solicite una copia en la oficina de la escuela

Su niño(a) no será considerado(a) para una membresía hasta que hayamos recibido TODA la información en las formas mencionadas arriba.

He leído y entendido TODOS los acuerdos con los Boys & Girls Clubs.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Director de Boys & Girls Clubs

\_\_\_\_\_  
Fecha

**SOLO PARA USO OFICIAL**

Date Enrolled: _____	
Date of first attendance: _____	
Orientation Completed by: _____	_____
Staff Member	Date
Date Withdrawn: _____ Last attendance date, if different _____	
Reason for Withdrawal: _____	

## INFORMACION DEMOGRAFICA

La siguiente información es requerida por nuestras agencias de financiamiento. Reconocemos que esta información es personal, por lo tanto nos comprometemos a lo siguiente:

- Toda la información proporcionada en esta forma será estrictamente confidencial.
- Solo se publicara en forma de estadísticas. Por ejemplo, "47% de los miembros viven en familias con dos o mas niños" o "72% de los miembros califican para almuerzo gratuito o reducido."

Debido a requisito de divulgación de nuestras agencias de financiamiento, no podemos procesar la solicitud de su hijo/a si no llena esta forma.

Nombre del Nino/a	
Unidad	
Pertenecía étnica (marque una)	<input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Nativo-Americano <input type="checkbox"/> Caucásico
Grupo familiar (marque todas las que apliquen)	<input type="checkbox"/> dirigido por un solo padre ( <input type="checkbox"/> Madre o <input type="checkbox"/> Padre) <input type="checkbox"/> dirigido por los dos padres <input type="checkbox"/> dirigido por abuelos, padres adoptivos, u otro <input type="checkbox"/> tiene uno o más miembros discapacitados <input type="checkbox"/> tiene padres que no se encuentran en casa después de la escuela para supervisar a sus niños <input type="checkbox"/> tiene a alguien en la casa que recibe cupones para alimentos
Número de personas viviendo en la casa (escriba el número en el espacio en blanco)	<input type="checkbox"/> 0-4 años de edad <input type="checkbox"/> 5-7 años de edad <input type="checkbox"/> 18-65 años de edad <input type="checkbox"/> más de 65 años de edad <input type="checkbox"/> numero de gentes en total
Ingreso anual de la casa	\$ _____ anual
Vivienda	<input type="checkbox"/> vivienda publica <input type="checkbox"/> vivienda subsidiada <input type="checkbox"/> rento <input type="checkbox"/> propia
	Numero de Hermanos _____ Numero de Hermanas _____



## PERMISO DEL PADRE/TUTOR PARA PONERLE PROTECTOR SOLAR A SU HIJO/A

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Como padre/tutor del niño arriba mencionado, reconozco que la exposición a los rayos UV por mucho tiempo puede aumentar el riesgo de que mi niño contraiga cáncer de piel algún día. Por lo tanto, doy mi permiso al personal de:

---

(Nombre del la Unidad del Boys & Girls Club)

Para ponerle a mi hijo/a un producto de protección solar de amplio espectro con SPF (Factor de Protección Solar) 25 o mayor –hipo alergénico- como se especifica a continuación, cuando el/ella este jugando afuera, especialmente durante los meses de verano y diariamente entre 10:00 a.m. y 4:00 p.m. Entiendo que el protector solar será aplicado a la piel expuesta, incluyendo además de la cara (excepto parpados), las orejas, nariz, hombros, brazos y piernas descubiertos. Todos los medicamentos sin receta y productos de mostrador para piel serán usados de acuerdo con las recomendaciones del fabricante y NO SERAN guardadas o usadas después de la fecha de caducidad.

Niños de 9 años en adelante pueden ponerse su propio protector solar bajo supervisión, el personal aplicara el protector solar a los niños menores.

---

He marcado y puesto mis iniciales abajo en toda la información relacionada con la marca/tipo y uso del protector solar que el programa de cuidado de niños elija para mi niño:

No se de ninguna alergia o reacción adversa que tenga mi niño a protector solar.

El personal puede usar el protector solar que elija el programa siguiendo las instrucciones y recomendación impresas en el envase del fabricante del producto.

Mi hijo/a es alérgico a algunos protectores solares, así que yo he proporcionado la siguiente marca/tipo de protector solar para que use mi niño/a

---

Entiendo que cuando proporcione al club el protector solar para mi niño/a, estará en el envase original marcado con el nombre de mi niño/a.

Por razones médicas u otras, por favor NO aplique protector solar en las siguientes áreas del cuerpo de mi niño/a.

---

Nombre impreso del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Firma de la Agencia de Servicios de Salud (*opcional*): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO

Las Normas Mínimas para Centros Autorizados de Cuidado de Niños en las Comunidad de Virginia requiere que solamente se le de a los niños medicamentos con receta o sin receta (incluyendo vitaminas y aspirinas) con autorización escrita de los padres o tutores.

**Se requiere que esta forma este firmada antes de que se le de cualquier medicamento a su niño. Solo se le puede dar medicamento tal como lo indica la receta. El nombre del niño y el nombre de la receta deben ser los mismos.**

POR FAVOR PROPORCIONE TODAS LAS MEDICINAS EN EL ENVASE ORIGINAL DE SU FARMACIA.

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Medicamento y Numero de Receta: \_\_\_\_\_

Receta o Instrucciones del Laboratorio y Dosis: \_\_\_\_\_

Instrucciones Especiales (en su caso): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ tiene mi permiso para administrar el  
(Nombre del Centro de Cuidado) medicamento arriba mencionado.

Esta autorización tiene vigencia hasta: \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor Fecha

**En caso de que se requiera administrar *cualquier* medicamento por más de 10 días, se necesita firma de un médico.**

Nombre del Medico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Medico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Los medicamentos que no sean recogidos por el padre o tutor dentro de los 14 días siguientes después de que la autorización haya expirado serán desechados por el centro ya sea disolviéndolos en el lavabo o echándolos por el inodoro. El niño podrá llevarse a casa ningún medicamento para desecharlo.

***El Departamento de Servicios Sociales, División de Programas Autorizados, sugiere el uso de esta forma como un modelo para los Centros de Cuidado de Niños u Hogares de Cuidado Diarios Familiares.***

# SMART MOVES

## Aviso y Forma de Consentimiento para los Padres/Tutores

Este año escolar se brindara SMART MOVES como parte de nuestro programa de Salud y Habilidades de Vida, que es una de las cinco áreas de instrucción central de los Boys & Girls Clubs. **SMART MOVES** es un programa nacional de prevención del Boys & Girls Clubs of América muy aclamado, dentro del cual se educa a la juventud sobre el alcohol, tabaco, drogas, y asuntos de los jóvenes tales como la pubertad. Pedimos de favor que los padres o tutores lean lo siguiente y firmen a continuación permitiendo que sus hijos formen parte de nuestro programa. Por favor tome en cuenta que nuestros programas hacen lo siguiente:

- Solo se discuten temas relevantes a la etapa de desarrollo de su niño/a. Por ejemplo, no discutiremos los riesgos de las relaciones sexuales tempranas con un niño de 7 años.
- Solo se enseñan hechos sobre el alcohol, el tabaco y otras drogas, y sus riesgos. No se discuten puntos de vista personales o creencias.
- Se enseña a los niños como evitar la presión negativa de los pares (capacitación en habilidades para decir no).

Además, debido a los requisitos del financiamiento de la concesión para el programa de **SMART MOVES** será necesario administrar pruebas antes y después; así como un cuestionario anónimo participantes. Esto se hace necesario para que las fuentes de financiamiento evalúen el éxito de nuestro programa. Naturalmente, toda la información arriba mencionada será **estrictamente confidencial**.

Si tiene alguna pregunta, sugerencia o duda sobre el contenido de **SMART MOVES** y de cómo su niño participara, por favor póngase en contacto con su Director de Programa de Unidad en su Club.

**NOTA: Es de suma importancia que su hijo regrese esta carta con su solicitud para que pueda participar en el programa.**

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre de la Locación del Programa del Boys & Girls Club: \_\_\_\_\_

**DOY** mi permiso para que mi hijo participe en el programa de **SMART MOVES**.

**NO DOY** mi permiso para que mi hijo participe en el programa de **SMART MOVES**.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



## **BOYS & GIRLS CLUBS**

OF HARRISONBURG AND  
ROCKINGHAM COUNTY

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Maestro(a): \_\_\_\_\_

Aviso de salud: Yo estoy de acuerdo en avisar a algún miembro de El club de niños y niñas cuando mi hijo tenga alguna enfermedad o malestar contagioso o alguien de mi familia, esto lo haremos todos los padres, por el bien de los niños que asisten al club. Lo hare dentro de las siguientes 24 horas o al próximo día de escuela, para evitar contagios.

Firma del Padre o Tutor:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_