Para uso de oficina
❑ Fee Paid: $_____
Date: _____/_____/_____
Verify Enrollment Form complete:_____
Campus Director initials
ASSIGNED CODE: _____

Girls Incorporated of Metropolitan Dallas
Formulario de Admisión
2016-2017

Fecha _____ / _____/ _____	Centro (*favor de circular*) Love Oak Cliff South West

Nombre del padre (o tutor)	Numero de Celular	Numero de Teléfono
Dirección		
Ciudad	Código Postal	☐Madre ☐Padre ☐Otro _____
Condado	Dirección de correo electrónico:	
Me gustaría recibir correspondencia a través de ☐Text o ☐Correo electrónico		
Facebook: ☐ Si ☐No	Pagina de FB:	Twitter:
¿Está Trabajando? ☐Si ☐No	¿Está buscando trabajo? ☐Si ☐No	¿Va a la escuela? ☐Si ☐No
Lugar de trabajo del padre:	Ocupacion:	Numero de Teléfono:
Dirección	Ciudad	Código Postal

Nombre del padre (o tutor)	Numero de Celular	Numero de Teléfono
Dirección		
Ciudad	Código Postal	☐Madre ☐Padre ☐Otro _____
Condado	Dirección de correo electrónico:	
Me gustaría recibir correspondencia a través de ☐Text o ☐Correo electrónico		
Facebook: ☐ Si ☐No	Pagina de FB:	Twitter:
¿Está Trabajando? ☐Si ☐No	¿Está buscando trabajo? ☐Si ☐No	¿Va a la escuela? ☐Si ☐No
Lugar de trabajo del padre:	Ocupacion:	Numero de Teléfono:
Dirección	Ciudad	Código Postal

La niña vive con ☐Madre ☐Padre ☐Los dos ☐Otro _____

¿Califica UD. para el programa de almuerzo en su escuela? ☐ Si ☐No

Ingreso Familiar Anual ☐ Menos de 10,000 ☐ 10,000-15,000 ☐15,000-20,000 ☐ 20,000-25,000 ☐ 25,000-30,000 ☐ 30,000-50,000 ☐ otro
Estado Civil de los Padres ☐Madre Soltera ☐Padre Soltero ☐Ambos Padres ☐Otro (Abuelo/a, Bisabuelo/a, Tia, o Tio)
Miembros en Familia ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ mas de 6

¿*Qué estación o periódico te gusta?

_____

¿Como oyó acerca de Girls Inc.? ☐Radio* ☐Televisión* ☐Periódico* ☐Amigo ☐Escuela ☐Otro_____

En caso de emergencia, si los padres no pueden ser localizados, por favor póngase en contacto con:

Nombre	Relación (Abuelo/a, amigo, Tía, Tío, etc.)	# de Teléfono
Nombre	Relación (Abuelo/a, amigo, Tía, Tío, etc.)	# de Teléfono

Mi niña SOLO puede ser recogida de la Agencia de Girls Inc. por las siguientes personas:

Acerca de Su Hija/s

Niña #1

Nombre de la niña (Appellido, Nombre, Inicial)		Fecha de nacimiento _____ / _____/ _____
Escuela	Grado	Edad
Raza ☐Blanca ☐Negra ☐Hispana ☐Asiática ☐Indio ☐Raza Mixta ☐Otro _____		
Correo electrónico de la niña	Día de Ingreso _____ / _____/ _____	
Idioma que se habla en casa	Primer En Casa ☐ Inglés ☐ Español ☐Otro_____ Segundo ☐ Inglés ☐ Español ☐Otro_____	
Alguna clase de alergias ☐ No ☐ Si: *(Describa clase de alergia)*		**Incapacidades:** ☐ No ☐ Si: *(Describa la incapacidad)*
Condicion Medica:		
Medicamentos ☐ No ☐ Si: *(Describa la clase de medicamento)*		**Necesidades especiales:**
Tallas de Camiseta **Niñas:** ☐S ☐M ☐L **Adultos:** ☐S ☐M ☐L ☐XL ☐XXL ☐XXXL		

Niña #2

Nombre de la niña (Appellido, Nombre, Inicial)		Fecha de nacimiento _____ / _____/ _____
Escuela	Grado	Edad
Raza ☐Blanca ☐Negra ☐Hispana ☐Asiática ☐Indio ☐Raza Mixta ☐Otro _____		
Correo electrónico de la niña	Día de Ingreso _____ / _____/ _____	
Idioma que se habla en casa	Primer En Casa ☐ Inglés ☐ Español ☐Otro_____ Segundo ☐ Inglés ☐ Español ☐Otro_____	
Alguna clase de alergias ☐ No ☐ Si: *(Describa clase de alergia)*		**Incapacidades:** ☐ No ☐ Si: *(Describa la incapacidad)*
Condicion Medica:		
Medicamentos ☐ No ☐ Si: *(Describa la clase de medicamento)*		**Necesidades especiales:**

Tallas de Camiseta	**Niñas:** ☐S ☐M ☐L	**Adultos:** ☐S ☐M ☐L ☐XL ☐XXL ☐XXXL

Niña #3

Nombre de la niña (Appellido, Nombre, Inicial)		Fecha de nacimiento _____ / _____/ _____
Escuela	Grado	Edad
Raza ☐Blanca ☐Negra ☐Hispana ☐Asiática ☐Indio ☐Raza Mixta ☐Otro _____		
Correo electrónico de la niña	Día de Ingreso _____ / _____/ _____	
Idioma que se habla en casa	Primer En Casa ☐ Inglés ☐ Español ☐Otro_____ Segundo ☐ Inglés ☐ Español ☐Otro_____	
Alguna clase de alergias ☐ No ☐ Si: *(Describa clase de alergia)* **Condicion Medica:**		**Incapacidades:** ☐ No ☐ Si: *(Describa la incapacidad)*
Medicamentos ☐ No ☐ Si: *(Describa la clase de medicamento)*		**Necesidades especiales:**
Tallas de Camiseta	**Niñas:** ☐S ☐M ☐L	**Adultos:** ☐S ☐M ☐L ☐XL ☐XXL ☐XXXL

Girls Incorporated del Área Metropolitana de Dallas
Permisos Y Consentimientos

Mi(s) hija(s), _____, tiene(n) permiso para participar en los programas de la agencia de Girls Incorporated del Área Metropolitana de Dallas.

Por favor de iniciar: _____	Ella tiene permiso para ser transportada en los vehículos de propiedad de la agencia. Yo estoy de acuerdo en no hacer responsable a la agencia de Girls Incorporated por algún accidente que pudiera ocurrir.
Por favor de iniciar: _____	Yo, _____, el padre o tutor legal del menor mencionado, autorizo el uso de **imagenes, vídeos o fotografías, televisada o en línea** de mi hija para fines promocionales tanto internos como externos de Girls Inc. Girls Inc. será propietario de todos los derechos de estas fotografías o imágenes de video.
☐Sí ☐No Por favor de iniciar: _____	Ella tiene permiso para nadar durante la programación de Girls Inc. Yo estoy de acuerdo en no hacer responsable a la agencia de Girls Incorporated en caso de que pudiera ocurrir algún accidente mientras ella esté participando en el programa de natación.
☐Sí ☐No Por favor de iniciar: _____	Yo doy permiso a mi hija para que camine sola a mi casa desde la agencia de Girls Incorporated.
☐Sí ☐No Por favor de iniciar: _____	Yo autorizo a la agencia de Girls Incorporated del Área Metropolitana a obtener servicios médicos para mi hija en el caso de que ocurriera alguna emergencia médica. Yo entiendo que soy financieramente responsable por los servicios médicos prestados y que se harán los esfuerzos necesarios para ponerse en contacto con el médico de mi preferencia.
☐ Sí☐ No Por favor de iniciar: _____	Autorizo para que Girls Inc. tenga acceso al portal de la escuela para las calificaciones Id: Clave:

☐ Sí ☐ No Por favor de iniciar: _____	Yo, _____ asistido el campamento de verano de Imagine Science en el pasado. IS#_____

Nombre de la Compañía de Seguro Médico (por ejemplo, Chip, Aetna, Unicare, Kids First, Parkland):_____

El doctor/clínica de mi hija es:

_____ _____ _____

Nombre del Doctor/Dirección de la Clínica # de Teléfono # de la Póliza

Nombre de la niña	Fecha del último examen medico

He leído y entendido los reglamentos de la agencia de Girls Incorporated del Área Metropolitana de Dallas. Estoy de acuerdo en cumplir con todo lo expuesto por dichos reglamentos y cooperar con el personal para asegurar que mi hija y obedezca los reglamentos de la agencia de Girls Incorporated.

_____ _____ _____/_____/_____

Firma del Padre o Tutor Relación con la niña Fecha

Girls Incorporated no discrimina de ninguna manera en base a edad, sexo, raza, incapacidad, nacionalidad de origen, estado de ciudadanía, creencias políticas o religiosas, estado veterano, u orientación sexual, tal como la ley lo prohíbe y especifica.