



**Girls Incorporated of Metropolitan Dallas
Formulario de Admisión
2017-2018**

Para uso de oficina
 Fee Paid: \$ _____
 Date: ____/____/____
 Verify Enrollment Form
 complete: _____
 Campus Director initials

Fecha ____/____/____	Centro (favor de circular) Love Oak Cliff South
-------------------------	--

Nombre del padre (o guardian)		Numero de Celular	Numero de Teléfono
Dirección			
Ciudad	Código Postal	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____	
Condado	Dirección de correo electrónico:		
Me gustaría recibir correspondencia a través de <input type="checkbox"/> Text o <input type="checkbox"/> Correo electrónico			
¿Está Trabajando? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Está buscando trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Va a la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Lugar de trabajo del padre:	Ocupacion:	Numero de Teléfono:	
Dirección		Ciudad	Código Postal

Nombre del padre (o guardian)		Numero de Celular	Numero de Teléfono
Dirección			
Ciudad	Código Postal	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____	
Condado	Dirección de correo electrónico:		
Me gustaría recibir correspondencia a través de <input type="checkbox"/> Text o <input type="checkbox"/> Correo electrónico			
¿Está Trabajando? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Está buscando trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Va a la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Menos de 10,000 <input type="checkbox"/> 10,000-15,000 <input type="checkbox"/> 15,000-20,000 <input type="checkbox"/> 20,000-25,000 <input type="checkbox"/> 25,000-30,000 <input type="checkbox"/> 30,000-50,000 <input type="checkbox"/> otro
Estado Civil de los Padres <input type="checkbox"/> Madre Soltera <input type="checkbox"/> Padre Soltero <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Otro (Abuelo/a, Bisabuelo/a, Tía, o Tío)
Miembros en Familia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> mas de 6
Como escucho acerca de GI? <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> 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 (Apellido, Nombre, Inicial)		Fecha de nacimiento ____/____/____
Escuela	Grado	Edad
Raza <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio <input type="checkbox"/> Raza Mixta <input type="checkbox"/> Otro _____		
Correo electrónico de la niña		Día de Ingreso ____/____/____
Idioma que se habla en casa	Primer En Casa <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	
	Segundo <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	
Alguna clase de alergias <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: <i>(Describe clase de alergia)</i>		Incapacidades: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: <i>(Describe la incapacidad)</i>
Condicion Medica:		
Medicamentos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: <i>(Describe la clase de medicamento)</i>		Necesidades especiales:
Tallas de Camiseta Niñas: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L Adultos: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/> XXXL		
Su hija a asistido a Girls Inc. previamente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Cual Local <input type="checkbox"/> Love Field <input type="checkbox"/> Oak Cliff <input type="checkbox"/> South Dallas <input type="checkbox"/> West		Fecha en que asistió: _____

Niña #2

Nombre de la niña (Apellido, Nombre, Inicial)		Fecha de nacimiento ____/____/____
Escuela	Grado	Edad
Raza <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio <input type="checkbox"/> Raza Mixta <input type="checkbox"/> Otro _____		
Correo electrónico de la niña		Día de Ingreso ____/____/____
Idioma que se habla en casa	Primer En Casa <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	
	Segundo <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	
Alguna clase de alergias <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: <i>(Describe clase de alergia)</i>		Incapacidades: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: <i>(Describe la incapacidad)</i>
Condicion Medica:		
Medicamentos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: <i>(Describe la clase de medicamento)</i>		Necesidades especiales:
Tallas de Camiseta Niñas: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L Adultos: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/> XXXL		
Su hija a asistido a Girls Inc. previamente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Cual Local <input type="checkbox"/> Love Field <input type="checkbox"/> Oak Cliff <input type="checkbox"/> South Dallas <input type="checkbox"/> West		Fecha en que asistió: _____

Niña #3

Nombre de la niña (Apellido, Nombre, Inicial)		Fecha de nacimiento ____/____/____
Escuela	Grado	Edad
Raza <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio <input type="checkbox"/> Raza Mixta <input type="checkbox"/> Otro _____		
Correo electrónico de la niña		Día de Ingreso ____/____/____
Idioma que se habla en casa	Primer En Casa <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ Segundo <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	
Alguna clase de alergias <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: (Describe clase de alergia)		Incapacidades: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: (Describe la incapacidad)
Condicion Medica:		
Medicamentos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: (Describe la clase de medicamento)		Necesidades especiales:
Tallas de Camiseta Niñas: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L Adultos: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/> XXXL		
Su hija a asistido a Girls Inc. previamente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Cual Local <input type="checkbox"/> Love Field <input type="checkbox"/> Oak Cliff <input type="checkbox"/> South Dallas <input type="checkbox"/> West		Fecha en que asistió: _____

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.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Por favor de iniciar: _____	Yo doy permiso a mi hija para que camine sola a mi casa desde la agencia de Girls Incorporated.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Por favor de iniciar: _____	Autorizo para que Girls Inc. tenga acceso al portal de la escuela para las calificaciones Id: _____ Clave: _____

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.