



Girls Incorporated of Metropolitan Dallas
Formulario de inscripción despues de la escuela
2017-2018

| | |
|---|--|
| Para uso de oficina | |
| <input type="checkbox"/> Fee Paid: \$ _____ | |
| Date: ____/____/____ | |
| Verify Enrollment Form complete: _____ | |
| Campus Director initials | |

En Girls Inc. of Metropolitan Dallas, nuestra misión es inspirar a todas las niñas a ser fuertes, inteligentes y valientes al impactar y enriquecer las vidas de las niñas en nuestras comunidades. Debido al espacio restringido y la alta demanda de nuestro servicio, le pedimos que revise cuidadosamente cada una de las siguientes normas con respecto a la participación de su hija en nuestro programa después de escuela. El incumplimiento de estas normas puede resultar en el despido del programa si se acepta. *Para reservar la colocación, usted debe aceptar los términos y condiciones:*

- **Todos los artículos en este formulario deben ser llenados completamente.**
- **Todos los tutores deben asistir a una de las reuniones de orientación y presentar el pago en ese momento (sólo giro postal) o se perderá el lugar de inscripción reservado. Las fechas serán compartidas una vez que se apruebe la inscripción.**
- **El transporte después del horario escolar se proveerá solamente en ciertas escuelas.**
- **Las niñas deben participar en el programa un mínimo de 3 días por semana.**
- **Las niñas no pueden ser recogidas antes de las 5:30 p.m. A menos que se programe con personal o una emergencia.**
- **Girls Inc. no proporcionara transporte para las niñas a casa en ningún momento.**
- **Todas las niñas deben ser recogidas entre las 5:30 y las 6:30 p.m. Se cobrará una multa de \$ 1 por minuto por niña.**

| | |
|-------------------------|---|
| Fecha ____/____/____ | Centro <i>(favor de circular)</i> 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, Tia, o Tio) |
| 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: (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: _____ |

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: <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: _____ |

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. |

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

El doctor/clínica de mi hija es:

_____ # de Teléfono # de la Póliza

Nombre del Doctor/Dirección de la Clínica

| 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 yo obedezcamos 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.