



APLICACION DE MEMBRESIA PARA EL VERANO 2016 CENTRO DE JOVENES DEL VERANO

Información del Miembro

Primer Nombre: _____ Segundo: _____ Apellido: _____

Género: M / F Raza: Afro Americano / Asiatico / Caucásico / Isleño del Pacífico / Latino / Otro

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Domicilio de Hogar: _____ Ciudad: _____

Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____

Miembro vive con (marque por favor): ☐ Madre ☐ Padre ☐ Abuelo(s) ☐ Otros: _____

Correo Electronico: _____

Escuela Actual: _____ Grado Actual: _____

Información de los Padres / Guardianes

Primer Nombre del Padre 1: _____ Apellido: _____

Número de Teléfono: _____

Primer Nombre del Padre 2: _____ Apellido: _____

Número de Teléfono: _____

Información Médica

Problemas Médicos o Alergias: _____

Medicamentos que tome: _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono del Médico: _____

¿Existe alguna actividad o deporte que el miembro no debe realizar? S / N

Especifique por favor: _____

Firma del Miembro

Fecha