



Aplicación de ingreso

Greater Norristown PAL

340 Harding Boulevard

Norristown PA 19401

P: (610) 278-6040 F: (610) 278-8055

Política de confidencialidad: Cualquier información confidencial solicitada es para nuestros archivos y para la financiación que nuestra organización recibe. La información que proporciona será guardada completamente confidencial. Su colaboración es apreciada y necesaria.

Campos obligatorios están marcados con un asterisco (\*). Haga clic en líneas para llenar el formulario en el uso de una computadora.

Información de los miembros

El nombre de pila\*: \_\_\_\_\_ El apellido\*: \_\_\_\_\_ El sexo\*: \_\_\_\_\_

la fecha de nacimiento\*: \_\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_

La etnicidad (marque uno): \_\_\_\_\_ African American \_\_\_\_\_ Asian \_\_\_\_\_ Caucasian \_\_\_\_\_ Hispanic \_\_\_\_\_ Mixed \_\_\_\_\_ Other

Si el miembro es un niño por favor dé una breve descripción de cosas que disfrutaran y areas para mejorar. Utilizamos esta información para aprender más sobre las necesidades de su hijo y hacer las recomendaciones del programa.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Información para padres

El nombre de pila \*: \_\_\_\_\_ El apellido\*: \_\_\_\_\_ El sexo\* \_\_\_\_\_

La dirección\*: \_\_\_\_\_

El número de teléfono\*: \_\_\_\_\_ dirección de correo email\*: \_\_\_\_\_

El empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

(nombre del) puesto: \_\_\_\_\_

El nombre de pila \*: \_\_\_\_\_ El apellido\*: \_\_\_\_\_ El sexo\*: \_\_\_\_\_

La dirección \* \_\_\_\_\_

El número de teléfono\*: \_\_\_\_\_ dirección de correo email \*: \_\_\_\_\_

El empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

(nombre del) puesto: \_\_\_\_\_

Tipo doméstico\* (marque uno): \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Dos padres \_\_\_\_\_ Fomentar

Su hijo tiene un contrato vigente de custodia \*? (marque uno): \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Si la respuesta a las preguntas anteriores es "si", describa los arreglos de custodia en el espacio provisto a continuación\*.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Miembro Información médica

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_  
Medicina \_\_\_\_\_  
Problemas médicos o alergias: \_\_\_\_\_  
El medico: \_\_\_\_\_ El número de teléfono: \_\_\_\_\_

## Información de recogida del miembro

\* Lista dos personas, aparte de los padres, autorización para pick-up miembro.

¿ nombre de pila\*: \_\_\_\_\_ El apellido\*: \_\_\_\_\_ El número de teléfono\*: \_\_\_\_\_  
¿ nombre de pila\*: \_\_\_\_\_ El apellido\*: \_\_\_\_\_ El número de teléfono\*: \_\_\_\_\_

\* ¿Quisiera usted una Contraseña de Recogida?  
(marque uno):

Si la respuesta es "sí," la contraseña en el espacio provisto en la lista:

\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

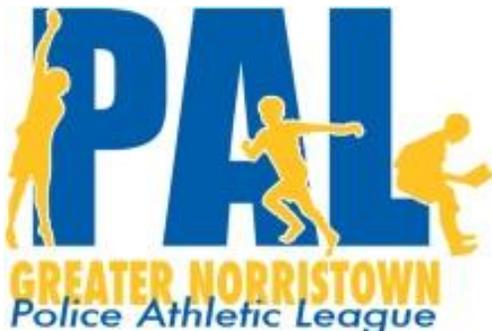
*He leído la solicitud completada, entender las reglas de mayor PAL de Norristown y pedir que mi hijo / hija ser admitido en calidad de miembro. Han explicado las reglas a mi hijo y estoy de acuerdo que mayor Norristown PAL no será responsable por cualquier accidente a la chico/chica mientras que en los locales de mayor Norristown PAL o mientras que está enganchado en alguna de sus actividades de mayor PAL de Norristown.*

*Doy mi consentimiento para fotografías en las que mi hijo/hija puede parecer que se va a utilizar en modo alguno mayor Norristown PAL puede atender a utilizarlos Doy mi consentimiento para fotografías en las que mi hijo/hija puede parecer que se va a utilizar en modo alguno mayor Norristown PAL puede atender a utilizarlos.*

Padre o la firma del guarda \*: \_\_\_\_\_

Firma del miembro \*: \_\_\_\_\_

La fecga: \_\_\_\_\_



For Staff Use Only:

Amount Paid: \_\_\_\_\_

Method of payment: \_\_\_\_\_

Received by: \_\_\_\_\_

Date received: \_\_\_\_\_