

Forma de Información para Membrecía

Norristown PAL
1101 Harding Blvd.
Norristown, PA 19401

P: (610) 278-8040

F: (610) 278-8055

Secreto: Cualquier información confidencial solicitada es para nuestros expedientes y para el financiamiento nuestra organización recibe. Las respuestas que usted proporciona serán mantenidas totalmente confidenciales. Su cooperación en el abastecimiento de esta información es apreciada y necesaria. Los campos requeridos se denotan con un asterisks(*)

Cabeza de Familia (Letra de molde por favor)

Primer Nombre:*

Apellido:*

Género:

Masculino Femenina

Ingreso Anual (Familia): Dirección:

___ 0 -10,000
___ 10,000-25,000
___ 25,001-40,000
___ 40,001-50,000
___ Over 50,000

(Línea 1)

(Línea 2)

(Ciudad)

(Estado)

Tipo de Dirección:

Hogar

Trabajo _____

(Código Postal)

Número de Teléfono:

()

-

()

-

Tipo de Número de Teléfono:

Hogar

Trabajo

Hogar

Trabajo

Tamaño De la Familia:

Dirección en Internet:

Tipo de Dirección en Internet:

Hogar

Trabajo

Patrón:

Título de Trabajo:

Ocupación:

Rama militar:

Posición:

Empiece la Fecha:

Fecha final:

Padres / Guardian (Letra de molde por favor)

Primer Nombre:

Apellido:

Género:

Masculino Femenina

Dirección:

(Línea 1)

(Línea 2)

(Ciudad)

(Estado)

Tipo de Dirección:

Hogar

Trabajo _____

(Código Postal)

Número de Teléfono:

()

-

()

-

Tipo de Número de Teléfono:

Hogar

Trabajo

Hogar

Trabajo

Dirección en Internet:

Tipo de Dirección en

Hogar

Trabajo

Patrón:

Título de Trabajo:

Ocupación:

Rama militar:

Posición:

Empiece la Fecha:

Fecha final:

Información Del Miembro (Letra de molde por favor)

Primer Nombre:*

Medio Nombre:

Apellido:*

Fecha de Nacimiento:

Número de la Seguridad Social::

Género:

Masculino
 Femenina

Pertenencia Étnica:

African American Asian Caucasian Hispanic
 Mixed Other (not listed)

Tipo de la Asociación:*

Adult Fitness-\$175
 Adult Programs-\$25
 Law Enforcement
 Senior Fitness-\$25
 Youth-\$10

Recoja la Señal de la Autorización:

Escuela:

Grado:

El Miembro Tipo de la Casa:

1 Parent 2 Parent Foster Care

El Miembro Reside con

Marque Aplicable:

TANF
 Food Stamps
 General Assistance
 SSDI
 SSI
 Veterans Compensation
 Day Care Voucher
 School Lunch
 Medicaid

Dirección:

(Línea 1)
(Línea 2)
(Ciudad) (Estado)

Tipo de Dirección:

Hogar
 Trabajo _____
(Código Postal)

Número de Teléfono:

() -

Tipo de Número de Teléfono:

Hogar Trabajo _____

Dirección en Internet:

Dirección en Internet:

Hogar Trabajo _____

Información de la Medicación (Letra de molde por favor)

Compañía de Seguros:

Número de Polizo:

Medicaciones:

Problemas Médicos / Alergias

Medicó:

Teléfono del Médico:

Información De la Inhabilidad

Hospital:

Teléfono del Hospital:

Información Recoger (Letra de molde por favor)

Nombre de dos personas que estan autorizadas para recoger al miembro -

1.) Primer Nombre:

Apellido:

()

-

Hogar Trabajo

- el Padre
- el Guardián
- _____

- Contacto de la Emergencia
- Primario de la Emergencia
- Vive con Miembro

2.) Primer Nombre:

Apellido:

()

-

Hogar Trabajo

- el Padre
- el Guardián
- _____

- Contacto de la Emergencia
- Primario de la Emergencia
- Vive con Miembro

El Norristown PAL también utiliza los códigos sigientes para aprender más sobre su niño. Escoge por favor un artículo de cada grupo abajo.

Avg. Grades: ___ A
___ B
___ C
___ D
___ F

TKD ONLY: ___ TKD Only

TKD Only:

He leído y completado esta aplicación, entiendo las reglas de Norristown PAL pido que mi hijo(a) sea aceptado(a) para membresía de dicho club. Le he explicado a mi hijo(a) las reglas y estamos de acuerdo que Norristown PAL no seran responsables por cualquier accidente que mi hijo(a) tenga en Norristown PAL durante su participación en los programas, ya sea dentro o fuera del edificio. Incluso, doy mi consentimiento para que mi hijo(a) posea para fotos mientras participa en actividades, y la organización pueda utilizar dichas fotos para promoción Norristown PAL u otras formas siempre y cuando sea apropiado.

Firma de Padre o Guardian

Firma de Miembro

Fecha