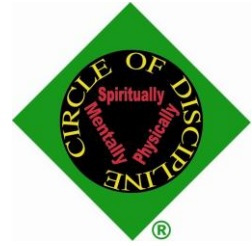


Formulario de Inscripcion



Fecha: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Genero: F M

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Ocupacion: _____ Nivel de grado completad o titulos obtenidos: _____

Numero de telefono de hogar: (_____) _____ - _____

Numero celular: (_____) _____ - _____

Numero de telefono de trabajo (_____) _____ - _____

Correo electronico: _____

(Menores de 18 años llenar la siguiente informacion)

Nombre de padres/Guardianes: _____

Numero de telefono de hogar: (_____) _____ - _____

Numero celular: (_____) _____ - _____

Numero de telefono de trabajo (_____) _____ - _____

Correo electronico: _____

El menor vive con sus padres o guardianes? Si o No

Contacto de emergencia (si no podemos contactar a padres o guardianes)

Nombre: _____ Relacion al aplicante: _____

Numero de telefono de hogar: (_____) _____ - _____

Numero celular: (_____) _____ - _____

Numero de telefono de trabajo (_____)_____ - _____

Etnicidad

- Afroamericano, no latino
- Nativo Americano o Nativo de Alaska
- Asiatico, Nativo Hawaiano, Isleno del pacifico
- Blanco, No Latino
- Otro

Escuela

- Publica
- Escuela Charter
- Basado en la Fe
- Privada
- Educado en casa
- Otro (*por favor especificar*)

Nivel de grado: _____

Nombre de escuela: _____

Familia

Cuantas personas vive en su hogar?

Cuantos niños menores de 18 años viven en su hogar?

Informacion Medica

Usted o su hijo/a tiene alguno

De los siguientes?

(Marque todo lo que corresponda)

- Asthma
- Diabetes
- Weight
- Other
- None

Servicios de educacion especial? ____ Si ____ No

Si atende a la escuela, usted to su hijo/a recibe?

(En caso de que si por favor marque todo lo que corresponda)

- Discapacidad de aprendizaje
- Trastorno de conducta emocional
- ADD (*Trastorno de deficit en la atencion*)
- ADHD (*desorden hiperactivo y deficit de atencion*)
- Autismo
- Otro: _____

Razones de referencia al programa COD

- Problemas familiares
- Problemas educacionales
- Estado de ofensa
- Problemas personales
- Delito de delincuencia
- Salud
- Otro: _____

Como se entero de este programa?

- Amigo/a
- Familia, Padre/Guardian
- Maestro/a (*Nombre de maestro/a y escuela*): _____
- Directora de la escuela o consejero (*Nombre y escuela*): _____
- Trabajador Social (*Nombre y agencia*): _____
- Orden judicial(*Nombre del juez*): _____
- Agente de libertad condicional (*Nombre y condado*): _____
- Otro: _____

Usted o su hijo/a han atendido al programa del Circulo de Disciplina?

- No
- Si
- Si, en cual programa y cuando:

FORMAS DE AUTORIZACION

Permiso de deteccion

Autorizo a Circle of Discipline, Inc. y sus designados a recaudar y registrar datos sobre mi y / o mis hijos. Esta recaudacion de datos puede incluir, entre otros, los siguientes:

- Encuestas y entrevistas sobre conocimientos, actitudes, habilidades y comportamientos en el desarrollo academico y no academico, asi como la satisfaccion general con la programacion del Circulo de Disciplina.
- Evaluaciones academicas y datos escolares como calificaciones y asistencia.

La informacion sera recaudada por los empleados designados del Circulo de Disciplina y sera analizada por un contratista externo que elija el Circulo de Disciplina. Los resultados finales generales se utilizaran para informar a las agencias contratadas, identificar areas de exito y / o mejoramiento y asegurar el financiamiento del programa. La informacion recaudada seguira siendo privada, y solo los empleados designados del Circulo de Disciplina y el evaluador contratado tendran acceso a las respuestas individuales.

Si No

Permiso de fotografia / permiso de fotografia de medios / relaciones publicas

Doy mi permiso para que se use cualquier foto y / o video de mí y / o hijo/a (s) en pantallas de Circulo de Disciplina, sitio web, Facebook y otros documentos de relaciones publicas. Si hay alguna investigacion Las relaciones publicas, los medios de comunicacion o los periodicos se llevan a cabo en Circulo de Disciplins. Se le notificara con anticipacion para obtener un permiso por escrito.

Si No

Autorizacion de emergencia

En caso de una emergencia medica / dental, yo autorizo al personal del Circulo de Disciplina a que me lleven a mi y / o mis hijos a un centro de salud para recibir tratamiento. Tambien autorizo a cualquier profesional medico con licencia para proporcionar cualquier tratamiento que se considere necesario. Acepto la responsabilidad por cualquier costo que resulte de dicho tratamiento, que no este cubierto por mi seguro y / o asistencia medica. Entiendo que se hara todo lo posible para contactar al padre / contacto de emergencia.

Si No

Yo certifico que las declaraciones en esta solicitud son correctas y verdaderas. Entiendo que mi inscripcion de mi y / o mi hijo como participante se basan, en parte, en la informacion proporcionada dentro de esta solicitud y en que estoy de acuerdo con los terminos descritos por escrito por el Circulo de Disciplina, Inc. cuota de membresia, cuota anual de inscripcion en el boxeo de USA ., responsabilidades de voluntariado y varios momentos de las actividades del programa.

Si No

Firma del paticipante: _____ ***Fecha:*** _____/_____/_____

Firma de padres/guardianes: _____ ***Fecha:*** _____/_____/_____

(Si el participante es menor de 18 años)

Aprobado por: _____ **Fecha:** _____