



#### Para El Uso De La Oficina

Registration Date: \_\_\_\_\_  
 Reduced or Waived ☐ Yes ☐ No  
 Fees Paid: \_\_\_\_\_  
 Receipt #: \_\_\_\_\_  
☐ New ☐ Renewing  
☐ School Year ☐ Summer  
 Photo ID Verified: ☐ Yes ☐ No

## Sandy Club Formulario de Registro

### Información de los Niños (Por favor, enumere todo los niños que se van a registrar)

| Nombre Completo | Fecha de Nacimiento | Edad | Grado al que van a Entrar | Escuela |
|-----------------|---------------------|------|---------------------------|---------|
|                 |                     |      |                           |         |
|                 |                     |      |                           |         |
|                 |                     |      |                           |         |
|                 |                     |      |                           |         |

### Información de Contacto de los Padres/Tutores Legales (Se requiere documentación legal para excluir a cualquier padre o tutor.)

| Nombre | Direccion | Numero de Telefono | Correo Electronico | ¿Vive el Niño con esta persona?                         |
|--------|-----------|--------------------|--------------------|---------------------------------------------------------|
|        |           |                    |                    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
|        |           |                    |                    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

### Recogida Autorizada (Además de padre/tutor legal) (Se requiere Identificación)

| Nombre | Numero de Telefono |
|--------|--------------------|
|        |                    |
|        |                    |

### Contacto de Emergencia (Además de padres/tutores legales)

| Nombre | Numero de Telefono | Relacion |
|--------|--------------------|----------|
|        |                    |          |
|        |                    |          |
|        |                    |          |

### Información de Salud (El Sandy Club no administra medicamentos ni proporciona otros tratamientos.)

| Nombre del Nino/a | Alergias (N/A si ninguno) | Condicion medica/ Medicamentos |
|-------------------|---------------------------|--------------------------------|
|                   |                           |                                |
|                   |                           |                                |
|                   |                           |                                |
|                   |                           |                                |

**Requisitos De Recogida/Hora De Salida (Por favor, seleccione uno.)**

- ☐ Mi Nino/a debe ser recogido/a.
- ☐ Mi Nino/a puede caminar a casa a la hora de salir.
- ☐ Mi Nino/a puede caminar a casa a las \_\_\_\_\_ p.m.

|                                                                              |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Mi hijo(s) pueden ser fotografiados para la publicidad y promoción del Club: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Acepto recibir actualizaciones por mensaje de texto: _____                   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

¿Su hijo cumple los requisitos para recibir almuerzo escolar gratuito o a precio reducido? ☐ Si ☐ No  
Si la respuesta es afirmativa, Seleccione una opción: ☐ Gratis ☐ Reducida

*\*Se requiere comprobante de elegibilidad para el programa de almuerzos escolares gratuitos o a precio reducido para poder beneficiarse de una tarifa de inscripción reducida o exenta (no reembolsable).*

**Informacion Demografica**

*Esta información califica el Sandy Club, “A Safe PLace for Boys & Girls”, y sus miembros a programas federales incluso comida gratis y la reducción de otras tarifas. Toda la información es considerada estrictamente confidencial.*

**Ingreso Anual Familiar (Por Favor Seleccione Una Opción)**

- |                                            |                                            |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$24,000 | <input type="checkbox"/> \$54,001-\$64,000 |
| <input type="checkbox"/> \$24,001-\$34,000 | <input type="checkbox"/> \$64,001-\$74,000 |
| <input type="checkbox"/> \$34,001-\$44,000 | <input type="checkbox"/> \$74,001-\$84,000 |
| <input type="checkbox"/> \$44,001-\$54,000 | <input type="checkbox"/> Mas de \$84,000   |

**Tamaño de la Familia:** \_\_\_\_\_

**Raza/Etnia (Por Favor, Seleccione Uno) (Opcional)**

- |                                                             |                                                                   |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o otra Isla del Pacifico |
| <input type="checkbox"/> Asiatico                           | <input type="checkbox"/> Caucacio                                 |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano                      | <input type="checkbox"/> Otro _____                               |
| <input type="checkbox"/> Hispano o Latino                   | <input type="checkbox"/> Dos o Mas (Por Favor, Enumere)           |
| <input type="checkbox"/> Oriente Medio o Africa Del Norte   | _____                                                             |

**Firma Del Padre**

**Fecha:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_