



Laguna Madre Youth Center  
190 Port Road, Port Isabel, TX  
Tel. 956.943.6310

Program/Year: \_\_\_\_\_  
Membership #: \_\_\_\_\_  
\$ Amt/Rec. #: \_\_\_\_\_  
Date/Initials: \_\_\_\_\_

**El Centro Juvenil Laguna Madre no es una guardería con licencia**  
**Los niños DEBEN tener 6 años o más**  
**Horas Después de la Escuela: 9:00 AM to 5:00 PM**  
**Horas de Verano: 8:00 AM to 5:00 PM**

## FORMULARIO DE MEMBRESIA

### Información del Niño/a:

Nombre	Segundo Nombre	Apellido
F.D.N (MM/DD/YYYY)	Edad	M / F Género
Dirección de la Calle	Ciudad, Estado	Código Postal
Dirección de Correo	Ciudad, Estado	Código Postal
Ethnicidad	Escuela a la que Asiste	Grado

### Información de los Padres/Tutores:

(Madre) Nombre	(Madre) Apellido	(Madre) Número de Teléfono
(Madre) Lugar de Trabajo	(Madre) Ocupación	(Madre) Teléfono de Trabajo
(Padre) Nombre	(Padre) Apellido	(Padre) Número de Teléfono
(Padre) Lugar de Trabajo	(Padre) Ocupación	(Padre) Teléfono de Trabajo
Contacto de Emergencia/Autorizada para Recoger a Su Hijo/a		Número de Teléfono
Contacto de Emergencia/Autorizada para Recoger a Su Hijo/a		Número de Teléfono

**\*Si tiene contactos adicionales, puede pedir a un miembro del personal un formulario de contactos adicionales**

### Información Médica del Niño/a:

_____ Doctor del Niño/a	_____ Número de Teléfono
_____ Hospital o Clínica	Si _____ No _____ ¿Tiene su hijo/a un seguro médico?
_____ Compañía de Seguros	_____ Proveedor de la Compañía de Seguros
_____ ¿Problemas médicos? ¿Medicamentos?	_____ ¿Alergias?

## CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACION DE PADRES

**\*Por favor, ponga sus iniciales en cada línea**

Doy permiso al *Centro Juvenil Laguna Madre* para tomar fotos y/o videos de mi hijo/a (o pupilo/a) y compartirlos en el *Centro Juvenil Laguna Madre*, medios sociales, periódicos, etc.

\_\_\_\_\_ Doy Permiso          \_\_\_\_\_ No Doy Permiso

Yo entiendo que el *Centro Juvenil Laguna Madre* tiene una política de campus abierto que está en efecto en todo momento. Además, entiendo que el *Centro Juvenil Laguna Madre* **NO** es responsable de la hora o la forma en que mi hijo/a (o pupilo/a) puede llegar o salir de las instalaciones.

\_\_\_\_\_ Entiendo          \_\_\_\_\_ No Entiendo

Entiendo que mi hijo/a (o pupilo/a) debe ser recogido antes de la hora de cierre (**5:00 PM**) o se cobrará una cuota que debe ser pagada antes de que mi hijo/a (o pupilo/a) pueda regresar al *Centro Juvenil Laguna Madre*. **La cuota de recogida tardía es de \$5.00 por 15 minutos, por niño/a.** Su hijo/a (o pupilo/a) **NO** puede regresar al *Centro Juvenil Laguna Madre* hasta que la cantidad haya sido pagada o se hayan hecho arreglos. No se conceden reembolsos bajo ninguna circunstancia.

\_\_\_\_\_ Entiendo          \_\_\_\_\_ No Entiendo

Doy permiso para que el *Centro Juvenil Laguna Madre* administre ocasionalmente encuestas anónimas a mi hijo/a (o pupilo/a) con el propósito de entender mejor las necesidades de mi hijo/a (o pupilo/a) y el impacto del *Centro Juvenil Laguna Madre* en mi hijo/a (o pupilo/a).

\_\_\_\_\_ Doy Permiso          \_\_\_\_\_ No Doy Permiso

Doy permiso para que el *Centro Juvenil Laguna Madre* haga y retenga copias de las tarjetas de reporte de progreso de mi hijo/a (o pupilo/a) o para que se le dé acceso a los registros de PIISD pertenecientes a mi hijo/a (o pupilo/a) para propósitos relacionados con la subvención. Esto es para entender mejor las necesidades académicas de su hijo/a (o pupilo/a) y para ayudarlo mejor en sus actividades educativas.

\_\_\_\_\_ Entiendo \_\_\_\_\_ No Entiendo

Yo entiendo que las copias hechas del reporte de progreso/tarjetas de reporte serán confidenciales y solo serán vistas por el personal del *Centro Juvenil Laguna Madre*.

\_\_\_\_\_ Doy Permiso \_\_\_\_\_ No Doy Permiso

Doy permiso al personal directivo (u otros representantes) para que autorice y obtenga atención médica de cualquier médico autorizado, hospital o clínica médica en caso de que un participante se enferme o se lesione mientras participa en actividades fuera de casa, o en cualquier otro momento en el que no esté disponible para conceder autorización para tratamiento de emergencia.

\_\_\_\_\_ Doy Permiso \_\_\_\_\_ No Doy Permiso

★ Entiendo que mi hijo/a (o pupilo/a) tiene que dar al personal del Centro Juvenil Laguna Madre sus dispositivos electrónicos (como un teléfono o tableta) tan pronto como entren en las instalaciones. Esto es para prevenir distracciones mientras hacen tareas o lecciones y actividades relacionadas con el programa. Si necesita ponerse en contacto con su hijo/a (o pupilo/a), puede llamar al Centro Juvenil Laguna Madre y pedir hablar con ellos.

\_\_\_\_\_ Entiendo \_\_\_\_\_ NO entiendo

★ Entiendo que el Centro Juvenil Laguna Madre NO es responsable por ninguna pertenencia perdida, dañada o robada que haya sido traída al Centro Juvenil Laguna Madre por mi hijo/a (o pupilo/a).

\_\_\_\_\_ Entiendo \_\_\_\_\_ NO entiendo

★ He revisado el Manual de Padres/Miembros con el personal del Centro Juvenil Laguna Madre y entiendo la información (declaraciones, reglas, y políticas) proporcionada en él. Entiendo que una copia será proporcionada a mí sobre la petición.

\_\_\_\_\_ He revisado el Manual \_\_\_\_\_ NO he revisado el Manual

\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del Miembro

\_\_\_\_\_

Fecha