

YAKIMA POLICE ATHLETIC LEAGUE
PHONE: 509 575-6180 ADDRESS: 602 N 4TH ST. YAKIMA WA 98901

Forma de membresia del joven y Renuncia

Miembresia \$20 para cada joven, o \$10 para el joven que califica para el almuerzo gratis or reducido en la escuela, con la prueba (tal como carta de aceptación del programa del almuerzo de la escuela) Servicio de comunidad tambien aceptado como pago. (Pregunte cuando entregue su aplicacion.)

MIEMBRO JOVEN	Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:	Escuela:
Domicilio:	Cuidad:	Codigo postal:	Telefono:
Etnicidad(Opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Americano nativo <input type="checkbox"/> Asiatico-Ilandes del Pacifico <input type="checkbox"/> Europeo del este <input type="checkbox"/> Otro _____			
Quien lo recomendo a YPAL (si es aplicable):			
PADRE/GAURDIAN:	Nombre:	Relacion:	
Edad:	Ocupacion:	Empleador:	Domicilio:
Telefono:	¿Usted se ofrecería para ser voluntario de YPAL?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si contest si que habilidades o intereses tiene?:			
Si es padre adoptivo temporal propocione informacion del trabajador social:			
Nombre: _____		Telefono: _____	
Nombres de otros que viven con usted (familia, parientes, amigos...)			
Mi familia califica para el programa federal libre o reducido de almuerzo en la escuela			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Mi Familia recibe beneficios (asistencia del estado, estampias de comida o seguro social):			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTE (Algien mas que el padre/guardian): Name/Nobre:			
Relacion:		Telefono:	
Informacion Medica:	Doctor/Enfermera Medica:	Telefono:	
Seguro medico:		Numero de seguro medico:	
Conteste Si o No Si el joven sufre de las sigientes enfermedades			
1. ¿Es diabético?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. ¿Sufre de algun tipo de ataques?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3. ¿Tiene alguna alergia or restriction alimentaria?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4. ¿Esta bajo tratamiento medico en este momento?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5. ¿Tiene historia de la enfermedad repiratoria?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6. ¿Han diagnosticado a su niño con ADHD o desórdenes del comportamiento?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si contesto SI a alguna pregunto de arriva, porfavor expique (medicaciones, necesidades especiales,etc.)			
La renuncia y el consentimiento en la consideración de ella es dando permiso a mi niño a participar en su programa, yo libro y renuncio de culpar a la Liga Atlética de Policia de Yakima (Y-PAL), la Ciudad de Yakima y sus empleados, agentes, representantes, oficiales, y directores de cualquiera y toda la responsabilidad por cualquier pérdida o lesión sostenida o incurrida en (cualquier pérdida incluyendo o lesión resultando de los representantes, de los oficiales, y de los directores) mientras que mi niño participa en programas de YPAL, o mientras que ella/el viaja a o desde los programas de YPAL. Si no puedo ser alcanzado en el caso de una emergencia, autorizo a cualquier médico que trate a mi niño para realizar cualquiera y todos los procedimientos médicos, que ella/el determina ser médicamente apropiado bajo las circunstancias. Durante cualquier actividad de YPAL, la cobertura de medios (fotografía, entrevistas) puede ocurrir. Por favor Marque NO si usted no desea que su niño sea fotografiado o ser entrevistado. <input type="checkbox"/> No			
FIRMA DEL PADRE OR GUARDIAN:			FECHA:
FIRMA DEL JOVEN:			FECHA:
Uso de empleado solamente:	Year-round Membership application fee: \$20 or \$10 <input type="checkbox"/> Copy of federal free & reduced Lunch acceptance from		
Date Received: _____ BY: _____	Date Entered: _____	By: _____	Paid (check/cash) <input type="checkbox"/> Not paid <input type="checkbox"/> Payment Plan <input type="checkbox"/>
Community Service <input type="checkbox"/> 1 hr <input type="checkbox"/> 2hr <input type="checkbox"/> 3hr <input type="checkbox"/> 4hr <input type="checkbox"/> 5hr <input type="checkbox"/> 6hr <input type="checkbox"/> 7hr <input type="checkbox"/> 8hr <input type="checkbox"/> 9hr <input type="checkbox"/> 10hr		Date completed: _____	Signed _____
(Initial each hour completed)			