

Aplicación del miembro del Watsonville PAL

<i>OFFICE USE ONLY:</i>		PAL DUES (\$15.00)	<input type="checkbox"/> RECEIVED:	<input type="checkbox"/> CASH	<input type="checkbox"/> CHECK
			STAFF INITIALS: _____		
<input type="checkbox"/> SIBLING ENROLLED	ACTIVITY: _____				
KIDTRAX # _____	START DATE: _____	END DATE: _____			
					INACTIVE: _____

Es importante que esta aplicación este totalmente completa porque la información es muy importante. Este programa es designado para promover la comunidad joven por educación, actividades recreativas, y mentores.
Si tiene alguna pregunta llame a la oficina de PAL al (831) 763-4146.

PARTE A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DE PAL

Nombre:	Apellido:	Segundo Nombre:
Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Teléfono:	Teléfono de Trabajo:	Celular:
Domicilio de Correo Electrónico:		
Edad:	Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra
Sabe nadar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Escuela:	Grado:
<u>Nacionalidad:</u>		
<input type="checkbox"/> africano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Caucásico
<input type="checkbox"/> Isleño pacífico	<input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio americano
<u>Clase de Miembro:</u>		
<input type="checkbox"/> Programa del Cadete	<input type="checkbox"/> Golf	<input type="checkbox"/> Judo <input type="checkbox"/> Tae Kwon Do <input type="checkbox"/> Otro: _____
<u>Familia:</u>		
Familia(incluyendo usted): _____		
<input type="checkbox"/> Abuelos	<input type="checkbox"/> Guardián	<input type="checkbox"/> Fomente el Cuidado <input type="checkbox"/> Papa/mama Soltera
<input type="checkbox"/> Papa y mama	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<u>Organizaciones de Referencia:</u>		
<input type="checkbox"/> Corte	<input type="checkbox"/> CPS	<input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Policía
<input type="checkbox"/> Probación	<input type="checkbox"/> Escuela	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<u>Marque lo que le aplica a usted:</u>		
<input type="checkbox"/> Documento Justificado de Cuidado de día	<input type="checkbox"/> Estampillas de Comida	<input type="checkbox"/> Asistencia General <input type="checkbox"/> Medical
<input type="checkbox"/> Programa de Lonche en la Escuela	<input type="checkbox"/> SSDI	<input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> TANF
<input type="checkbox"/> Compensación de Veteranos		
<u>Cantidad Anual: (Por favor marque la cantidad que le apliqué mas a usted)</u>		
<input type="checkbox"/> \$0 - 5,000		
<input type="checkbox"/> \$5,001 - 10,000		
<input type="checkbox"/> \$10,001 - 15,00		
<input type="checkbox"/> \$15,001 - 20,00		
<input type="checkbox"/> \$20,001 - 30000		
<input type="checkbox"/> \$30,001 - 40,000		
<input type="checkbox"/> \$40,001 and over		

Aplicación del miembro del Watsonville PAL

PARTE B: INFORMACIÓN MEDICA

Nombre de Seguro: _____ Numero de Policía: _____
Medicaciones: _____ Problemas Médicos/Alergias: _____
Desabilidades: _____
Medico: _____ Numero de teléfono: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código: _____
Hospital: _____ Numero de teléfono: _____

PARTE C: INFORMACIÓN DE PADRES

Padre:

Nombre: _____ Apellido: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código Postal: _____ Numero de teléfono: _____ Numero de Trabajo: _____
Celular: _____ Empleo: _____
Ocupación: _____ Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado _____ Código: _____ Coreo Electrónico: _____

Madre:

Nombre: _____ Apellido: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
Numero de Teléfono: _____ Numero de Trabajo: _____ Celular: _____
Empleo: _____ Ocupación: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
Coreo Electrónico: _____

Información de Contacto en caso de Emergencia:

1. Nombre: _____ Apellido: _____
 Padres Guardián Contacto de emergencia Otro: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código _____
Numero de Teléfono: _____ Numero de Trabajo: _____ Celular: _____
2. Nombre: _____ Apellido: _____
 Padres Guardián Contacto de emergencia Otro: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
Numero de Teléfono: _____ Numero de Trabajo: _____
Celular: _____

He leído la aplicación completa. Yo entiendo las reglas de Watsonville PAL y doy mi permiso que mi hijo(a) participe. He leído las reglas a mi hijo(a) y entendemos que Watsonville PAL no será responsable si algún niño(a) se lastima en las premisas de Watsonville PAL o en algún otro lugar cuando este participando para el programa. Doy mi permiso para que tomen fotografías en cual puede salir mi hijo(a), y se puedan usar para el programa de Watsonville PAL.

Firma de Padre/ Guardián _____ Fecha _____

Firma de Miembro _____ Fecha _____

EL COSTO ANUAL PARA PERTENECER A WATSONVILLE PAL:

\$15.00

POR FAVOR PAGUE EL DINERO CUANDO ENTREGUE LA APLICACIÓN A:
130 RODRIGUEZ STREET, NUMERO: (831) 763-4146 Fax: (831) 763-4149

Aplicación del miembro del Watsonville PAL



“Turning Youth into Champions, Turning Champions in Leaders”

PAL Focus: Character Emphasis, Self Esteem, Leadership Growth,
Teamwork, Individualized, Friendship, Respect

PAL GYM LOCATION:
Watsonville Police Activities League
130 Rodriguez Street
Watsonville, CA 95076
(831) 763-4146

PAL Staff:

PAL Director: Coresta Salas 763-4146
Cadets & Leadership: 763-4146
Golf: Gerardo Loyola 722-7366
Judo: Marisa 359-7106
Soccer: Jaime Reyes 763-4146
Tae Kwon Do: Sam Traub 763-9211
PAL Officer: Chris Seymour 763-4146

ANNUAL REGISTRATION FEE: \$10.00

Check out our website for PAL updates and upcoming events
www.watsonvillepal.org

Mailing Address: Watsonville PAL: 215 Union Street Watsonville Ca 95077
Telephone: 831-763-4146 Fax: 831-763-4149
Email: watsonvillepal@calpal.org

PAGE STAYS WITH PAL MEMBER

Paid: Cash Check #