

# SANTA BARBARA POLICE ACTIVITIES LEAGUE

OFFICE USE ONLY:

Entered: \_\_\_\_\_

Date & Initials \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento
		/ /
Escuela	Grado	Sexo
		<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
Numero de celular del participante (Para noticias actuales de actividades)		

Origen étnico (para las estadísticas de la oficina solamente)

Africano Americano  Americano Nativo  Asiático  Caucáseo  Hispano/Latino  Isleño Pacifico  Otro

## INFORMACIÓN MEDICA DEL PARTICIPANTE

Por favor, marque solo los que se apliquen

**No Condiciones Medicas**

Asma ¿Requiere medicamento / inhalador?  Si  No  Diario  Según Sea Necesario  con Ejercicio Nombre del Medicamento \_\_\_\_\_

Alergias ¿A Que? \_\_\_\_\_  Urticaria/erupción  ¿Dificultad respirat  Epi-pen  Benadryl

Diabetes  Tipo I  Tipo II Medicamentos:  Oral  Inyección  Bombeo  Cuidado de diabetes independiente  Necesita ayuda diaria

Restricciones de actividad Por Favor Especifique: \_\_\_\_\_

Ataques epilépticos Fecha del ultimo ataque: \_\_\_\_\_ Tipo de ataque: \_\_\_\_\_

Problemas Cardíacos Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Hospitalización (Visitas a Emergencia) Fecha: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Aparatos De Ayuda  Zapatos/soporte correctivos  Muletas  Silla de ruedas/motorizada  Hearing Aids

Otras condiciones, discapacidades o medicamentos: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono del Medico: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL ADULTO

Padre/Guardián (Primer Contacto)

Nombre	Apellido	Relación al participante
Dirección	Ciudad	Estado
		Codigo Postal
Telefono de casa	Telefono de trabajo	Numero de celular
Correo Electronico →	Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol	

## EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre	Apellido	Relacion al participante
Telefono de casa	Numero de celular	Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol

## INFORMACIÓN FINANCIERA

La información financiera es confidencial y se utiliza para propósitos de información solamente, no califica o descalifica a su hijo de participar

Es usted padre soltero:  Si  No Numero de miembros en su familia \_\_\_\_\_

Ingreso **MENSUAL** (por favor incluya a todo el ingreso de los que vivan en su casa) \$ \_\_\_\_\_

Recibe ayuda de el gobierno?  SSDI  SSI  TANF  Medical  Calfresh  General Assistance

Recibe comida gratis o reducida en la escuela?  Si  No

## RENUNCIA DE VIDEO Y FOTO

Tengo entendido que durante el programa de la Liga de actividades de la policía de Santa Barbara mi fotografía o la fotografía de mi hijo puede ser tomada por la Liga de actividades de la policía de Santa Barbara, productores, patrocinadores, organizador y/o cesionarios. Estoy de acuerdo que mi fotografía o la fotografía de mi hijo, incluyendo video fotografía, fotografía analógica u otra reproducción de mi imagen o semejanza de mi hijo, puede utilizarse sin cargo por la Liga de actividades de la policía de Santa Barbara, productores, patrocinadores, organizadores y/o sus cesionarios para tales fines como que consideren apropiadas.

Iniciales \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTE

Algunos programas de la Liga de actividades de la policía de Santa Barbara incluyen excursiones a parques o lugares públicos. El personal y los participantes llegan a su destino, ya sea a pie o en nuestros vehículos de la Liga de Actividades de policía de Santa Barbara. Por este medio consiento al personal de la Liga de actividades de policía Santa Barbara llevar a mi hijo en las excursiones durante el programa, por sus capitulos de miembros y/o de cualquiera de sus agentes.

Iniciales \_\_\_\_\_

## ACUERDO DE GRADOS

La Liga de Policia de Santa Barbara (PAL) requiere que cada participante mantenga un GPA 2.0 (promedio C), no tenga ausencias injustificadas o tardanzas en las clases. Aquellos que no mantienen un GPA de 2.0, serán puestos en un período de supervision en el cual serán animados a alcanzar el requisito de 2.0 asistiendo despues de escuela al programa de tutoria de PAL. Tenga en cuenta que esto es sólo para ayudar a su hijo a lograr el éxito académico. Al poner sus iniciales, usted reconoce que a su hijo se le requerirá que regrese un informe de calificaciones cada tres semanas que le sera proporcionado por el personal de PAL en la recepcion y devera estar firmado por sus maestros. O nos puede proporcionarnos la informacion de NEO y contraseña para que nosotros tengamos acceso a dicha informacion.

Nombre usuario de Aeries: \_\_\_\_\_ Contraseña: \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

