

以此表格采集的所有信息属保密信息，只有特别指定的成人工作人员可以看到。  
这些信息对于申请WEHBGC资金至关重要，以便能更好地服务你的子女。

请打印

### WEST END HOUSE 男女童俱乐部

年度会员申请表 ( 年龄7-18岁 )

2006 - 2007学年

#### 俱乐部会员一般信息

名字：\_\_\_\_\_ 姓氏：\_\_\_\_\_ 中间名第一个字母：\_\_\_\_

性别： 男  女  出生日期：\_\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_ 城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 邮编：\_\_\_\_\_

家庭电话：\_\_\_\_\_ 手机：\_\_\_\_\_

社会保障号：\_\_\_\_\_ 出生国家：美国出生  其它国家  在美国居住年数：\_\_\_\_\_

种族/民族 ( 选择所有适用类别 )： 非洲裔美国人  亚裔  巴西裔  高加索裔  西班牙裔  加勒比群岛裔

多种族  本土美国人  太平洋岛国裔  其它国家  \_\_\_\_\_

身高：\_\_\_\_\_ 体重：\_\_\_\_\_ 肤色：\_\_\_\_\_ 眼睛颜色：\_\_\_\_\_ 发色：\_\_\_\_\_

#### 学校信息

目前学校：\_\_\_\_\_ 目前年级：\_\_\_\_\_

学校类型： 公立  特许  教区  私立  GED  考试  METCO  另类  其它国家  \_\_\_\_\_

学校午餐核实/儿童可享受： 免费午餐  补助午餐  不可享受

#### 家庭信息

儿童与以下人士一起生活 ( 请选择所有适用类别 )

双亲  母亲一人  父亲一人  姑姨/叔舅  姐妹/兄弟  祖父母

监护人  养父母  继父母  其它国家  \_\_\_\_\_

家中居住人数：\_\_\_\_\_

兄弟姐妹人数：

兄弟/继兄弟：	年龄：	7-9 _____	10-12 _____	13-15 _____	16-18 _____
姐妹/继姐妹：	年龄：	7-9 _____	10-12 _____	13-15 _____	16-18 _____

出生国家： 母亲 \_\_\_\_\_ 父亲： \_\_\_\_\_

#### 联系信息

父母/监护人1 姓名：\_\_\_\_\_ 家庭电话：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_ 城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 邮编：\_\_\_\_\_

以此表格采集的所有信息属保密信息，只有特别指定的成人工作人员可以看到。

这些信息对于申请WEHBGC资金至关重要，以便能更好地服务你的子女。

手机：( ) 传呼机：( ) 工作电话：( )

电邮： \_\_\_\_\_

职业： \_\_\_\_\_ 雇主： \_\_\_\_\_

父母/监护人2 姓名： \_\_\_\_\_ 家庭电话：( ) \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_ 城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 邮编： \_\_\_\_\_

手机：( ) 传呼机：( ) 工作电话：( )

电邮： \_\_\_\_\_

职业： \_\_\_\_\_ 雇主： \_\_\_\_\_

### 医疗信息

紧急联系人 ( 请提供父母或监护人以外的两个人，以便我们能在找不到你时与他们联系 )：

紧急联系人1的姓名： \_\_\_\_\_ 家庭电话：( ) \_\_\_\_\_

与会员的关系： \_\_\_\_\_ 工作电话：( ) \_\_\_\_\_ 手机：( ) \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 邮编： \_\_\_\_\_

紧急联系人2的姓名： \_\_\_\_\_ 家庭电话：( ) \_\_\_\_\_

与会员的关系： \_\_\_\_\_ 工作电话：( ) \_\_\_\_\_ 手机：( ) \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 邮编： \_\_\_\_\_

### 医务人员

医生： \_\_\_\_\_ 电话：( ) \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_ 城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 邮编： \_\_\_\_\_

诊所： \_\_\_\_\_ 电话：( ) \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_ 城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 邮编： \_\_\_\_\_

医疗保险： BC/BS  Harvard Pilgrim  NHP  Mass Health  Tufts  免费医疗  其它国家  \_\_\_\_\_

医疗信息： ( 以备在紧急情况下参照 )

哮喘 无  有

过敏 无  有  请详细注明： \_\_\_\_\_

以此表格采集的所有信息属保密信息，只有特别指定的成人工作人员可以看到。

这些信息对于申请WEHBGC资金至关重要，以便能更好地服务你的子女。

食物过敏	无 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 请详细注明： _____
身体限制	无 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 请详细注明： _____
学习残障	无 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 请详细注明： _____
用药情况	无 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 请详细注明： _____

已填写完成的申请表格，是尽我之所能真实和准确的。我理解，如果我的子女受到伤害或发生外伤时，West End House不会在任何方面担负任何责任。父母或监护人同意，不会要求West End House对儿童的福利或所在负责。

我授权West End House在其任何公益性活动中，以负责和无威逼的方式，使用我子女的照片、语音记录或其它创造性作品及其姓名。

在发生外伤时，如果需要紧急救治而无法联系到我时，我授权West End House 男女童俱乐部的工作人员在为我子女实施紧急救治的同意单上签字。

父母/监护人姓名： \_\_\_\_\_

父母/监护人签字： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

俱乐部的会员签字： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

只供官方使用

会员号： \_\_\_\_\_ 加入日期： \_\_\_\_\_ 支付的费用： \_\_\_\_\_  奖学金

有效期： \_\_\_\_\_ 新入会  更新  数据输入者： \_\_\_\_\_ 输入日期： \_\_\_\_\_

档案中的出生证： 有  无  档案中的午餐核实： 免费  补助  不可享受

档案中的会员照片： 有  无  照片拍摄日期： \_\_\_\_\_