

The Brotherhood



SisterSol

Celebrating 25 Years

Application For Children -3rd & 6th graders / Aplicación para Jovenes/las de edades 3rd & 6th graders

Child's First Name: _____ M.I. _____ Last _____
Nombre del niño/a _____ Apellido _____

Address _____ Apartmen _____ Phone: _____
Dirección: _____ Apartamento: _____ Teléfono: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Ciudad _____ Estado: _____ Zona: _____

Date of Birth: _____ Age: _____ Gender: F M
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Emergency Contact: _____ Relationship: _____ Phone: _____
Persona a llamar en caso de emergencia _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Emergency Contact: _____ Relationship: _____ Phone _____
Persona a llamar en caso de emergencia _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Mother/Gaurdian _____ Father/Gaurdian: _____
Madre/Encargada: _____ Padre/Encargado: _____

Work Telephone: _____ Work Telephone: _____
Teléfono de Trabajo _____ Teléfono de Trabajo _____

Cellphone/Pager: _____ Cellphone/Pager: _____
Teléfono Celular _____ Teléfono Celular _____

Escort Information / Información de Viaje

I, _____ (name of parent), authorize my child
_____ to travel UNESCORTED FROM The Brotherhood/Sister Sol Summer Day
Camp to home.

Yo, _____ (nombre de padre), doy autorización a mi hija/a,
_____ para VIAJAR SOLO/A del Campo de Verano de The Brotherhood/Sister Sol a su
casa.

If your child will travel ESCORTED please fill out the form below.

Si su niño/a va a VIAJAR ACOMPAÑADO, por favor llene esta parte.

1st Escort Name: _____ Phone: _____ Relation to Child _____
Persona #1 que lo/la recogerá _____ Teléfono _____ Relación al/la niño/a _____

2nd Escort Name: _____ Phone: _____ Relation to Child _____
Persona #2 que lo/la recogerá _____ Teléfono _____ Relación al/la niño/a _____

3rd Escort _____ Phone: _____ Relation to Child _____
Persona #3 que lo/la recogerá _____ Teléfono _____ Relación al/la niño/a _____

Parent's Signature: _____ Date: _____
Firma: _____ Fecha: _____

Health / Salud

Child's Health Problem's (please be specific):
Problemas de salud de su niño/a (sea específico):



Does your child have any special needs?
¿Tiene su hijo/a impedimentos o necesita ayuda especial?

Does your child have any Dietary Restrictions?
¿Tiene su hijo/a restricciones alimenticios?

Yes No
Sí No

Does your child have asthma?
¿Tiene su hijo/a asthma?

Yes No
Sí No

Does your child have any allergies?
¿Tiene su hijo/a alergias?

Yes No
Sí No

Emergency / Emergencia

In case of any emergency, I give my consent for The Brotherhood/Sister Sol to obtain emergency medical treatment for my child.

En caso de una emergencia, doy permiso a The Brotherhood/Sister Sol para que obtenga tratamiento médico para mi hijo/a.

My Insurance Comany: _____ ID Number: _____
Mi compañía de aseguranzas Número de Identificación

My Medicaid #: _____
Mi número de Medicaid:

When did you become a member of the organization? Month: _____ Year: _____

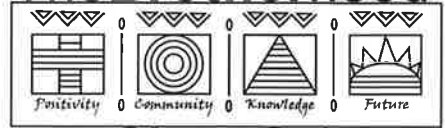
What program do you participant in? (Check all that apply)

- The Rites of Passage Program
- The After School Program
- The Liberation Program
- The Summer Leadership Program (Summer Day Camp, YEO, ISP)

What were your grades at the end of the school year:

- mostly As and Bs or 90-100?
- mostly Bs and Cs or 70-89?
- mostly Cs and Ds or 65-79?
- mostly Ds and Fs or 65 or below?

The Brotherhood



SisterSol

Celebrating 25 Years

What is your ethnicity?

- Black/African American
- Caribbean Black
- Latino (please describe) _____
- Asian/Pacific Islander (please describe) _____
- Multiracial(please describe) _____
- White
- Other: _____

What languages are spoken in your home? (check all that apply)

- English
- Spanish
- French
- Creole
- Other _____

What is the main language spoken in your home? _____

Do you or your family receive any of the following (check one of each)

- Public Assistance *Asistencia Publica* Yes/Si No/No Don't know
- Food Stamps *cupones de alimentos* Yes/Si No/No Don't know

Household Income

- \$0-\$40,000
- \$40,001-\$65,000
- \$65,001-\$80,000
- \$80,001-\$95,000
- \$95,001-up

Who in your family has completed high school? _____

Who in your family has completed College? _____

I, _____ (name of parent), give permission for my child to participate in The Brotherhood/Sister Sol Summer Day Camp. I release The Brotherhood/Sister Sol from any liability for any injuries my child may incur while engaging in any of the Summer Day Camp activities or trips.

Yo, _____ (*nombre del pariente*) doy permiso para que mi hijo/a participe en el Campo de Verano de el Brotherhood/Sister Sol. Yo renuncio a The Brotherhood/Sister Sol de cualquier demanda conjunto con cualquier lesión física que le ocurra a mi hijo/a mientras esté participando en las actividades o paseos del Campo de Verano.

Parent's Signature: _____ Date: _____
 Firma: _____ Fecha: _____

For Office Use Only

Registration Fees	Date Paid:	Medical Form
Full Payment:	Date Paid:	Ready to Start

