

Tipo de Inscrição  
(Selecione Um):

Novo Membro

Renovação de Membro

Programa Ano Letivo

Ano: \_\_\_\_\_

Programa de Verão

Ano: \_\_\_\_\_

Orientação

Data Pagamento \_\_\_\_\_



**BOYS & GIRLS CLUB**  
OF GREATER LOWELL

## Ficha de Inscrição

Data: \_\_\_\_\_

Primeiro Nome: \_\_\_\_\_ Último Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Feminino

Morada: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Telefone de Casa: \_\_\_\_\_ Telefone Móvel/Celular: \_\_\_\_\_

Telefone Emprego: \_\_\_\_\_

E-mail Pai/Mãe/Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_

### Informação Escolar

Nome da Escola: \_\_\_\_\_ Ano/Nível: \_\_\_\_\_

O seu educando passou de ano no devido tempo?  Sim  Não

Nome do Atual Diretor de Turma<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Data esperada para a conclusão do Ensino Secundário<sup>2</sup> (Ano): \_\_\_\_\_

### Informação Médica (Preencher por completo, incluindo nº de apólice de seguro)

Empresa seguradora: \_\_\_\_\_ Nº de Apólice: \_\_\_\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ Nº Telefone do Médico: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Homeroom Teacher

<sup>2</sup> Ensino Médio no Brasil

Tem dentista de família?  Sim  Não

Hospital de Emergência: \_\_\_\_\_

Incapacidades? Se sim, por favor explique quaisquer questões médicas, físicas, emocionais ou comportamentais.

PHDA<sup>3</sup>     Autismo     Deficiência Visual     Deficiência Auditiva     Deficiência Motora

Asma     Deficiência Cognitiva     Diabetes     Alergias

Outras: \_\_\_\_\_

Por favor Indique as alergias (i.e. alimentos, medicamentos, etc.): \_\_\_\_\_

Por favor indique quais os medicamentos a ter em atenção: \_\_\_\_\_

### **Informação dos Pais/Encarregados de Educação**

Nome Pai/Mãe/Encarregado(a) (1): \_\_\_\_\_

Relação com o Membro (1): \_\_\_\_\_

Nº Telefone Pai/Mãe/Encarregado(a): \_\_\_\_\_ Telefone Emprego: \_\_\_\_\_

E-mail Pai/Mãe/Encarregado(a): \_\_\_\_\_

Morada Pai/Mãe/Encarregado(a) se Diferente da do Membro:

\_\_\_\_\_

Pai/Mãe/Encarregado(a) encontra-se Empregado(a)?  Sim  Não

Nome do Empregador Pai/Mãe/Encarregado(a): \_\_\_\_\_

Ocupação Pai/Mãe/Encarregado(a): \_\_\_\_\_

Pai/Mãe/Encarregado(a) é antigo Membro do Clube?  Sim  Não

Nome Pai/Mãe/Encarregado(a) (2): \_\_\_\_\_

Relação com o Membro (2): \_\_\_\_\_

Nº Telefone Pai/Mãe/Encarregado(a): \_\_\_\_\_ Telefone Emprego: \_\_\_\_\_

E-mail Pai/Mãe/Encarregado(a): \_\_\_\_\_

Morada Pai/Mãe/Encarregado(a) se Diferente da do Membro:

\_\_\_\_\_

<sup>3</sup> Perturbação de Hiperatividade / Défice de Atenção

Pai/Mãe/Encarregado(a) encontra-se Empregado(a)?  Sim  Não

Nome do Empregador Pai/Mãe/Encarregado(a): \_\_\_\_\_

Ocupação Pai/Mãe/Encarregado(a): \_\_\_\_\_

Pai/Mãe/Encarregado(a) é antigo Membro do Clube?  Sim  Não

### **Informação Contato de Emergência**

Nome do Contato de Emergência (1): \_\_\_\_\_

Relação do Contato de Emergência com o Membro (1): \_\_\_\_\_

O Contato de Emergência vive com o Membro?  Sim  Não

Nº Telefone do Contato de Emergência: \_\_\_\_\_

Nº Telefone Emprego do Contato de Emergência: \_\_\_\_\_

Morada Contato de Emergência se Diferente da do Membro:

\_\_\_\_\_

Contato de Emergência encontra-se Empregado(a)?  Sim  Não

Nome do Empregador Contato de Emergência: \_\_\_\_\_

Nome do Contato de Emergência (2): \_\_\_\_\_

Relação do Contato de Emergência com o Membro (2): \_\_\_\_\_

O Contato de Emergência vive com o Membro?  Sim  Não

Nº Telefone do Contato de Emergência: \_\_\_\_\_

Nº Telefone Emprego do Contato de Emergência: \_\_\_\_\_

Morada Contato de Emergência se Diferente da do Membro:

\_\_\_\_\_

Contato de Emergência encontra-se Empregado(a)?  Sim  Não

Nome do Empregador Contato de Emergência: \_\_\_\_\_

### **Informação Escolar**

Autorizo o intercâmbio de informação relativa ao meu educando entre o *Boys & Girls Club of Greater Lowell* e a escola do meu educando. O objetivo deste intercâmbio é ajudar ambas as organizações a fazer melhor o trabalho de apoiar o meu educando a ter sucesso na escola, no *Boys & Girls Club of Greater Lowell*, e na vida. Esta transmissão de informação é válida por um ano e poderá ser revogada

em qualquer momento contatando a escola do meu educando ou o *Boys & Girls Club of Greater Lowell* por escrito.

**NOTA-** Pais/Encarregados: ao assinar esta ficha está a autorizar a transmissão de quaisquer/todos os relatórios de aproveitamento acadêmico e fichas de avaliação ao *Boys & Girls Club of Greater Lowell* para efeitos de cópia e fornecimento às fontes de financiamento do *Boys & Girls Club of Greater Lowell* de **dados anonimizados apenas**, e não do nome do seu educando.

Por favor coloque em seguida a sua rubrica se **não** quer autorizar a partilha de informação entre a escola do seu educando e o BGCGL: \_\_\_\_\_

### **Monitorização de Resultados**

Autorizo a participação do meu educando na monitorização dos resultados/objetivos do BGCGL, o que inclui responder a inquéritos, testes prévios ou posteriores, a participação em grupos de discussão, e a monitorização de evolução dos objetivos.

Por favor coloque em seguida a sua rubrica se **não** quer autorizar a participação do seu educando na monitorização de resultados: \_\_\_\_\_

### **Tecnologia**

Como membro do *Boys & Girls Club*, o meu educando terá acesso à Internet. Embora o *Boys & Girls Club of Greater Lowell* tome precauções, é possível que possa aceder a sítios inapropriados. O *Boys & Girls Club* tem regras e consequências para tais comportamentos. Contudo, não irei responsabilizar nem o *Boys & Girls Club of Greater Lowell* nem a sua equipa, os seus empregados, voluntários, ou diretores pelas consequências de qualquer desses acessos por parte do meu educando.

Por favor coloque em seguida a sua rubrica se **não** quer autorizar a participação do seu educando em programas de tecnologia: \_\_\_\_\_

### **Relações Públicas e Media/Mídia<sup>4</sup>**

O meu educando tem autorização para ser utilizado em materiais de relações públicas pelo *Boys & Girls Club of Greater Lowell*. Isso poderá incluir, mas não será limitado a, ter a sua fotografia ou nome em jornais, *newsletters*, TV, *website* do BGCGL, YouTube, Mural do Facebook do BGCGL, Instagram e Páginas do Twitter.

Por favor coloque em seguida a sua rubrica se **não** quer autorizar a utilização direta ou por semelhança do seu educando: \_\_\_\_\_

O meu educando tem autorização para ser utilizado em materiais de relações públicas de financiadores e organizações parceiras ou empresas associados ao *Boys & Girls Club of Greater Lowell* (poderá incluir, mas não será limitado a, ter a sua fotografia ou nome em jornais, *newsletters*, TV, nosso *website*, YouTube, Facebook, Instagram, Twitter e todos os outros media/mídia sociais).

Por favor coloque em seguida a sua rubrica se **não** quer autorizar a utilização direta ou por semelhança do seu educando por parte de financiadores ou parceiros: \_\_\_\_\_

---

<sup>4</sup> Brasil

### **Declaração**

Autorizo por este meio que o meu educando se torne membro do *Boys & Girls Club of Greater Lowell*. Compreendo que o Clube não é responsável por danos pessoais ou materiais e que serei responsabilizado(a) financeiramente por quaisquer danos intencionais ou vandalismo sofridos pelo Clube que tenham sido causados pelo meu educando.

De acordo com a Lei Federal e a Política do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos, esta instituição está proibida de fazer discriminação com base na raça, cor, nacionalidade, sexo, idade ou deficiência.

### Política de Portas Abertas

O *Boys & Girls Club of Greater Lowell* mantém uma Política de Portas Abertas. É da responsabilidade do Pai/Mãe/Encarregado de Educação definir e fazer cumprir as suas expectativas relativamente a como e quando o seu educando poderá sair do Clube. O Clube não tem licença como creche/infantário e não pode ser responsável pela supervisão de crianças para além da hora de encerramento. Os Pais/Encarregados de Educação são responsáveis pelo transporte dos seus educandos de e para o Clube.

Nome do Membro: \_\_\_\_\_

Assinatura Pai/Mãe/Encarregado(a): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Informação Demográfica:** Toda a informação fornecida permanecerá confidencial. Esta informação é utilizada para efeitos de financiamento para manter os custos suportáveis.

<p><b>Etnicidade (escolha todas as aplicáveis):</b>  <input type="checkbox"/> Afro-Americana  <input type="checkbox"/> Asiática  <input type="checkbox"/> Brasileira  <input type="checkbox"/> Caucasiana/Branca  <input type="checkbox"/> Hispânica/Latina  <input type="checkbox"/> Multirracial  <input type="checkbox"/> Outra:          _____</p>	<p><b>Membro vive com (escolha todas as aplicáveis):</b>  <input type="checkbox"/> Pai  <input type="checkbox"/> Mãe  <input type="checkbox"/> Padrasto  <input type="checkbox"/> Madrasta  <input type="checkbox"/> Tia  <input type="checkbox"/> Tio  <input type="checkbox"/> Avô/Avó/Avós  <input type="checkbox"/> País de acolhimento</p>	<p><b>Nº total de pessoas no Agregado Familiar (escolha um):</b>  <input type="checkbox"/> 2  <input type="checkbox"/> 3  <input type="checkbox"/> 4  <input type="checkbox"/> 5  <input type="checkbox"/> 6  <input type="checkbox"/> 7  <input type="checkbox"/> 8 ou mais</p>	<p><b>Programas de Assistência (escolha todos os aplicáveis):</b>  <input type="checkbox"/> SNAP (senhas de alimentação)  <input type="checkbox"/> SSI  <input type="checkbox"/> SSDI  <input type="checkbox"/> TANF  <input type="checkbox"/> Assistência Geral  <input type="checkbox"/> Seção 8 Voucher de habitação  <input type="checkbox"/> Vive em Habitação Pública  <input type="checkbox"/> Nenhum aplicável</p>	<p><b>Programa Almoço Escolar (escolha um):</b>  <input type="checkbox"/> Grátis  <input type="checkbox"/> Reduzido  <input type="checkbox"/> Desconhecido  <input type="checkbox"/> Não Aplicável</p> <p><b>Filho de militar e não vive em base (escolha um):</b>  <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não</p>
<p><b>Primeira língua falada em casa (escolha uma):</b>  <input type="checkbox"/> Inglês  <input type="checkbox"/> Khmer  <input type="checkbox"/> Português  <input type="checkbox"/> Espanhol  <input type="checkbox"/> Outra:          _____</p> <p><b>Criança em Acolhimento:</b>  <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não</p>	<p><b>Família monoparental (escolha o aplicável):</b>  <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Solteiro(a)  <input type="checkbox"/> Casado(a)  <input type="checkbox"/> Viúvo(a)  <input type="checkbox"/> Divorciado(a)  <input type="checkbox"/> Separado(a)</p>	<p><b>Rendimento Anual do Agregado Familiar:</b>          \$ _____</p> <p><b>O seu educando está num IEP (Plano de Educação Individualizada)?</b>  <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>O seu educando está inscrito em aulas de ESL (Inglês como Segunda Língua)?</b>  <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não</p>	<p><b>Habitação:</b>  <input type="checkbox"/> Seção 8  <input type="checkbox"/> Habitação Pública  <input type="checkbox"/> Habitação de Emergência (abrigo, hotel)</p> <p><b>Sem-abrigo<sup>5</sup> nos últimos 12 meses?</b>  <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não</p>	<p><b>O Membro tem historial de justiça de menores (escolha um)?</b>  <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>O Membro foi colocado em acolhimento institucional?</b>  <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não</p>

<sup>5</sup> Sem-teto no Brasil

**Informação Demográfica:** *Toda a informação fornecida permanecerá confidencial. Esta informação é utilizada para efeitos de financiamento para manter os custos suportáveis.*

Tamanho Agregado Familiar				
1	\$0-\$19,050	\$19,051-\$31,7450	\$31,751-\$44,750	\$44,751
2	\$0-\$21,800	\$21,801-\$36,300	\$36,301-\$51,550	\$51,551
3	\$0-\$24,500	\$24,501-\$40,850	\$40,851-\$57,550	\$57,551
4	\$0-\$27,200	\$27,201-\$45,350	\$43,351-\$63,900	\$63,901
5	\$0-\$29,400	\$29,401-\$49,000	\$49,001-\$69,050	\$69,051
6	\$0-\$31,600	\$31,601-\$52,650	\$52,651-\$74,150	\$74,151
7	\$0-\$33,750	\$33,751-\$56,250	\$56,251-\$79,250	\$79,251
8	\$0-\$35,950	\$35,951-\$59,900	\$59,901-\$84,350	\$84,351

Introduzido em ETO por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Recebi ID do Membro: data: \_\_/\_\_/\_\_. data: \_\_/\_\_/\_\_. data: \_\_/\_\_/\_\_. data: \_\_/\_\_/\_\_. data: \_\_/\_\_/\_\_.