

Unión de Estudiantes

Grados 9-12

Residentes de la Ciudad- \$6/año
Non-Residentes - \$12/año

**Note que no todas las direcciones de correo en Gaithersburg están en los límites corporativos de la Ciudad. Llame a 301-258-6350 si tiene preguntas sobre la residencia.*

Membresía incluye:

- Oportunidades de Servicio de Aprendizaje Estudiantil (SSL)
- Programas después de la escuela en Bohrer Park
- Centro de Jovenes Olde Towne & Robertson Park
- Estudio Musical en el Centro de Jovenes
- Excursiones y Recaudadores de Fondos

LA MEMBRESÍA ES BUENA DURANTE 1 AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE REGISTRO.

Maura Dinwiddie
 301-258-6350
 506 South Frederick Avenue
 Gaithersburg, MD 20877
 mdinwiddie@gaitthersburgmd.gov

www.gaithersburgmd.gov

La escuela que asisto es:

GHS QOHS
 WMHS NWHS
 Otro _____



Membresía de Unión de Estudiante de Escuela Secundaria

Marque aquí si su dirección/teléfono a cambiado desde la última vez que se registro.

Apellido de Padre _____ Primer Nombre de Padre _____

Dirección _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

Tel. de Casa _____ Tel. de Trabajo _____ Residente de la Ciudad Non-residente

Correo Electrónico _____

Nombre de Participantes	Sexo M/F	Fecha de Nac. M/D/A	Nombre de Actividad	Grado	Costo
			HS Student Union		
			HS Student Union		

Por este medio doy permiso para mi hijo/a a asistir a la actividad patrocinada por la Ciudad de Gaithersburg. Entiendo que soy responsable por el seguro de mi hijo/a en caso de lesión. Además, entiendo que aunque las medidas de seguridad son observadas, la Ciudad de Gaithersburg, empleados y agentes no serán responsables de cualquier propiedad personal perdido por mi hijo/a o cualquier lesión sufrida en este programa. También doy mi consentimiento para el uso de la Ciudad de las fotografías y/o grabaciones de video realizadas del programa.

La Ciudad de Gaithersburg está comprometido a hacer acomodaciones razonables como lo indica la Ley de Americanos con Discapacidades. Las solicitudes deben hacerse por lo menos 3 semanas antes del comienzo del programa. Llame 301-258-6350 para indicar que tipo de acomodaciones necesita.

¿Su hijo tiene alguna alergia, medicamentos o condiciones que puedan afectar a la participación en el programa? **Sí** **No**

Por favor especifique:

Cantidad Pagada\$ _____ Efectivo # de Cheque _____
 Visa/MC/Disc# _____ Fecha Exp. ____/____
 Firma (nombre en trajeta) _____
 Imprimir Nombre _____

Office Use Only:

Rec'd: _____ Initials _____
 W P M F Resident: Y N
 Pr: _____ Date: _____