STUDENT UNION

GAITHERSBURG STUDENT UNION

Grades 9-12

City Residents - $10/year
Nonresidents - $15/year

**Please note that not all Gaithersburg mailing addresses are in the corporate City limits. Call 301-258-6350 if you have questions about residency.*

The school I attend is:

GHS ☐ QOHS ☐
WMHS ☐ NWHS ☐
Other_____

Maura Dinwiddie or Jake Hersom
301-258-6350
506 South Frederick Avenue
Gaithersburg, MD 20877
StudentUnion@gaithersburgmd.gov
www.gaithersburgmd.gov

Membership Includes:

- Student Service Learning (SSL) Hours
- After school programs at Bohrer Park
- Admission to Youth Centers
- GYC Music Studios
- Field Trips
- College Tours
- Employment Workshops

MEMBERSHIP IS GOOD FOR 1 YEAR FROM THE DATE OF REGISTRATION.

High School Student Union Membership

☐ Check here if new address/phone since last time registered.

Parent's First Name_____ Parent's Last Name_____

Address _____City/State/Zip_____

Home Phone_____ Work Phone _____ City Resident ☐ Nonresident ☐

Email _____

Participant's Name	M/F	Birthdate M/D/Y	School	Student ID #	Grade

I hereby grant permission for me/my child to attend the activity sponsored by the City of Gaithersburg. I understand that I am responsible for my/my child's insurance in case of injury. Furthermore, I understand that although safety precautions will be observed, the City of Gaithersburg, employees and agents will not be responsible for any personal property lost by me/my child or any injury sustained in the program. I also consent to the City's use of any photographs and/or video tapes made of the program.

_____ _____
Print Parent/Guardian Name **Signature of Parent/Guardian**

The City of Gaithersburg is committed to making reasonable accommodations as required by the Americans with Disabilities Act. Requests must be made at least 3 weeks prior to the start of the program. Call 301-258-6350 to indicate what accommodations are needed.

Does your child have any allergies, medications or conditions that may affect participation in the program? **Y**☐ **N** ☐
Please specify:

_____

Amount Paid $ _____ Cash ☐ Check # _____
Make checks payable to City of Gaithersburg.
Visa/MC/Disc/Amex#_____ Exp. ___/___
Signature (name on card) _____
Print Name_____

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

Unión de Estudiantes

Grados 9-12

Residentes de la Cuidad- $10/año
Non-Residentes - $15/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:

- 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, Visitas a Universidades, y Fería de trabajo

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@gaithersburgmd.gov
www.gaithersburgmd.gov

La escuela que asisto es:
GHS ☐ QOHS ☐
WMHS ☐ NWHS ☐
Otro _____

STUDENT UNION
GAITHERSBURG STUDENT UNION

Membresía de Unión de Estudiante de Escuela Secundaria

☐ Marque aqui si su dirección/teléfono a cambiado desde la última vez que se registro.
Primer Nombre de Padre_____ Apellido de Padre _____
Dirección_____Cuidad/Estado/Código postal_____
Tel. de Casa_____ Tel. de Trabajo _____ Residente de la Cuidad ☐ Non-residente ☐
Correo Electrónico _____

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

Por este medio doy permiso para mí hijo/a a asistir a la actividad patrocinada por la Ciudad de Gaithersburg. Entiendo que soy responsable por el seguro de mí hijo/a en caso de lesión. Además, entiendo que que aunque las medidas de seguridad son obervadas, la Cuidad de Gaithersburg, empleados y agentes no serán responsables de cualquier propiedad personal perdido por mí 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 vídeo realizadas del programa.

_____ _____
Imprimir Nombre del Padre/Guardián **Firma del Padre/Guardián**

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:_____