



MORRISTOWN NEIGHBORHOOD HOUSE

12 FLAGLER STREET, MORRISTOWN, NJ 07960 ~ (973) 538-1229

<input type="checkbox"/> Reg. Paid
<input type="checkbox"/> Reg. Waived
Other: _____

REGISTRATION APPLICATION (APLICACION PARA REGISTRACION)

For Office Use Only (Para Uso de Oficina Solamente)

1. Pre-School: (Select One) 12 Flagler Street _____ Dalrymple _____ Denville _____

2. School Age Child Care/Summer Programs (Select One):

<input type="checkbox"/> Before Care (7:00 am – Bus Pick Up)	<input type="checkbox"/> Summer Camp: Package 1
<input type="checkbox"/> After Care (3:00 pm – 6:00 pm)	<input type="checkbox"/> Summer Camp: Package 2
<input type="checkbox"/> Before Care & After Care (7:00 am – 6:00 pm)	<input type="checkbox"/> Summer Camp: Package 3
<input type="checkbox"/> Dance	<input type="checkbox"/> Summer Camp: Package 4
<input type="checkbox"/> Teen Recreation Club	<input type="checkbox"/> Rites of Passage
<input type="checkbox"/> Homework Center	

3. Education & Enrichment (Select One):

Recreation (Select One): Basketball Baseball Soccer

Clinic (Session #: _____ Sport: _____)

4. Community Development (Select One):

B.L.A.C.

5. Family Size (Numero de Personas en la Familia): _____

Estimated Family Income (Estimado de Ingreso Familiar):

<input type="checkbox"/> Under (Debajo) \$12,000	<input type="checkbox"/> \$25,001 - \$30,000	<input type="checkbox"/> \$40,001 - \$50,000
<input type="checkbox"/> \$12,000 - \$20,000	<input type="checkbox"/> \$30,001 - \$35,000	<input type="checkbox"/> \$50,001 - \$75,000
<input type="checkbox"/> \$20,001 - \$25,000	<input type="checkbox"/> \$35,001 - \$40,000	<input type="checkbox"/> \$75,001 - \$100,000
		<input type="checkbox"/> \$100,001 & Up (Y Mas)

Ethnic Background (Grupo Étnico):

<input type="checkbox"/> African-American (Afro-Americano)	<input type="checkbox"/> Caucasian (Blanco)	<input type="checkbox"/> Alaskan Native (Indio de Alaska)
<input type="checkbox"/> Asian/Pacific (Asiático)	<input type="checkbox"/> Latino/Hispanic	<input type="checkbox"/> Other (Otro)

**MORRISTOWN NEIGHBORHOOD HOUSE ASSOCIATION, INC.
REGISTRATION FORM (FORMULARIO DE REGISTRACION)**

Participant's Last Name: _____ First Name: _____
(Apellido del Participante) (Nombre del Participante)

Date of Birth: _____ Social Security #: _____ Sex: _____ Female _____ Male
(Fecha de Nacimiento) (# De Seguro Social) (Sexo): (Femenino) (Masculino)

Address: _____
(Dirección): (Street/Calle) (City/Cuidad) (State/Estado) (Zip Code/Código Postal)

Name of Child's Mother/Guardian: _____
(Nombre de la Mama/Guardian)

Address: _____
(Direccion)

Home Telephone #: _____ Work Telephone #: _____
(Numero Telefónico) (Numero de Trabajo)

Business Address: _____
(Direccion de Trabajo)

Name of Child's Father: _____
(Nombre del Papa)

Address: _____
(Dirección)

Home Telephone #: _____ Work Telephone #: _____
(Numero Telefónico) (Numero de Trabajo)

Business Address: _____
(Dirección de Trabajo)

Emergency Contact: _____
(Persona que se pueda llamar en caso de emergencia)

Relationship: _____ Emergency Telephone #: _____
(Relación) (Numero de Emergencia)

Physician's Name: _____ Telephone #: _____
(Nombre del Doctor) (Numero Telefónico)

Medication Allergies: _____ Reaction _____
(Alergias a Medicamento) (Reacción)

School Currently Attending: _____ Grade in September: _____
(Escuela que Atiende) (Grado en Septiembre)

Time Of Expected Drop Off: _____ Time Of Expected To Pick-Up: _____
(Hora que va a traer al niño/a) (Hora que va a recoger al niño/a)

Persons Allowed To Pick-Up My Child (Personas autorizadas para recoger al niño/a):

Name: _____ Telephone #: _____
(Nombre) (Numero Telefónico)

Name: _____ Telephone #: _____
(Nombre) (Numero Telefónico)

My Child May Walk Home Alone (Mi niño/a puede caminar a la casa solo): _____ Yes(Si) _____ No

Parent/Guardian's Signature: _____ Date: _____
(Firma de Padre/Guardián) (Fecha)

IF PARTICIPANT IS AN UNEMANCIPATED MINOR
(SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE EDAD)

Participant's Last Name: _____ First Name: _____
(Apellido del Participante) (Nombre del Participante)

I, _____, the parent/guardian of the minor,
_____, hereby give my consent to
his/her participation in Agency program field trips. The field trips may include riding in a car/van/bus with
Agency staff member and/or volunteer.

Signature of Parent/Guardian Date

I, _____, the parent/guardian of the minor,
_____, hereby give my consent to the
Morristown Neighborhood House Association staff to obtain medical/hospital treatment for the minor. If I
cannot be reached when an emergency occurs, the person to contact is:

Name: _____ Date: _____
Address: _____
(Street) (City) (State) (Zip Code)
Relationship To Minor: _____ Telephone #: _____

Signature of Parent/Guardian Date

I give permission to the Morristown Neighborhood House Association to use photographs taken of my child in
displays, publications, video productions and/or materials that promote Neighborhood House's programs.

Signature of Parent/Guardian Date

IF PARTICIPANT IS AN UNEMANCIPATED MINOR
(SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE EDAD)

Participant's Last Name: _____ First Name: _____
(Apellido del Participante) (Nombre del Participante)

Yo, _____, el padre / apoderado del menor,
_____, doy mi consentimiento para que
mi hijo(a) participe en el viaje de campo. A los viajes al campo su niño(a) irán en carro/van con un miembro
del personal o un voluntario.

Firma del Padre o Apoderado

Fecha

En caso de emergencia _____, yo el
padre o apoderado de, _____, doy mi
consentimiento al Morristown Neighborhood House de llevar a mi niño(a) al hospital en caso de emergencia.

Si no me pueden ubicar en caso de emergencia pueden llamar a:

Nombre _____ Fecha _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Relación con el menor: _____ Numero Telefónico: _____

Firma del Padre o Apoderado

Fecha

Yo doy permiso al Morristown Neighborhood House Association para que use las fotos que se le tomen a mi
niño(a) para publicaciones y folletos.

Firma del Padre o Apoderado

Fecha

IF PARTICIPANT IS AN UNEMANCIPATED MINOR
(SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE EDAD)

Participant's Last Name: _____ First Name: _____
(Apellido del Participante) (Nombre del Participante)

As a Parent/Guardian of the participating child/youth, I certify he/she is in excellent physical health and is capable of participation in the normal physical activity of the Program. I hereby give my approval of his/her participation in the Morristown Neighborhood House Association _____.

In case of injury to my child, I agree to waive all claims resulting from or in connection with the activities in which my child is a participant. I hereby release, absolve, and hold harmless the Morristown Neighborhood House Association, its coaches and directors, or any officer of employee who is associated with the Morristown Neighborhood House Association or organizes, sponsors and supervisors.

(Signature Of Parent/Guardian)

Date

1. Is your child under medical restrictions? _____ Yes _____ No If yes, please explain:

2. Is your child taking any kind of medications? _____ Yes _____ No If yes, please explain:

(List and provide the agency with the name of the medication, dosage and how often it is taken)

3. Has your child been under a doctor's care or hospitalized for any reason within the past year?

_____ Yes _____ No If yes, please explain:

4. Are there any medical problems that we should be aware of?

_____ Yes _____ No If yes, please explain:

5. Family Doctor Name: _____

Address: _____ Telephone #: _____

Preferred Hospital in Case of Emergency: _____

IF PARTICIPANT IS AN UNEMANCIPATED MINOR
(SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE EDAD)

Participant's Last Name: _____ First Name: _____
(Apellido del Participante) (Nombre del Participante)

Como padre / apoderado del participante yo certifico que el/ella esta en excelente estado físico y es capaz de participar en actividades físicas. Yo doy mi consentimiento para que participe en el programa de _____ del Morristown Neighborhood House.

En caso de una herida hecha en el transcurso de una actividad por el participante. Yo me comprometo a no hacer reclamo o denuncia a un entrenador, director, supervisor o empleado del Morristown Neighborhood House.

_____ Firma del Padre o Apoderado _____ Fecha

1. Esta su niño(a) bajo restricción medica? _____ Si _____ No Si, Explique:

2. Esta su niño(a) bajo medicación? _____ Si _____ No Si, Explique:
(Anote el nombre del medicamento(s), dosis y con que frecuencia debe tomarlo)

3. A estado su niño(a) hospitalizado el ano pasado? _____ Si _____ No Si, Explique:

4. Hay algún problema medico con su niño(a) del cual deberíamos saber? _____ Si _____ No Si, Explique:

5. Nombre del Doctor de la Familia: _____
Dirección: _____ Numero Telefónico: _____
Hospital Preferido en Caso de Emergencia: _____