

# 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.gaitthersburgmd.gov**

La escuela que asisto es:

- GHS       QOHS   
 WMHS       NWHS   
 Otro \_\_\_\_\_



**Gaithersburg**  
 A CHARACTER COUNTS! City

## Membresía de Unión de Estudiante de Escuela Secundaria

Marque aqui 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	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 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 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.

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: \_\_\_\_\_