



PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE			
<b>Código del Condado</b>	<b>Código del Club o Grupo</b>	<b>Código del Miembro</b>	
<b>Club</b>	<b>Categoría</b> <input type="checkbox"/> Miembro 4-H <input type="checkbox"/> Niño Trébol <input type="checkbox"/> Especial		
<b>Estado de la Inscripción</b> <input type="checkbox"/> Nueva Inscripción <input type="checkbox"/> Re-inscripción <input type="checkbox"/> Salida del club			
<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Segunda Inicial</b>	
<b>Dirección de la casa</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>El miembro 4-H sirve como líder de jóvenes?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No			
<b>Escuela</b>	<b>Número de años en 4-H</b>		
<b>Cumpleaños</b> (mes, día, año)	<b>Género</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
<b>Numero de Celular</b>	<b>Grado escolar</b>		
<b>Residencia</b> (escoja una opción) <input type="checkbox"/> Granja <input type="checkbox"/> Población de 10,000 a 50,000 <input type="checkbox"/> Ciudad con más de 50,000 <input type="checkbox"/> Rural, menos de 10,000 <input type="checkbox"/> Suburbio más de 50,000			
<b>Correo Electrónico</b>	<b>Este niño es dependiente de militar?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Escriba la división:		
<b>Etnicidad</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano			
<b>Raza</b> (escoja todos lo que aplican) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indio/Alaska Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacifico			
<b>Nombre del proyecto</b>	<b>Código del proyecto</b>	<b>Año en el proyecto</b>	<b>Leader de jóvenes</b>
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Necesita alguna acomodación de incapacitados para participar en este programa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Por favor explíquela.			

<b>Fecha</b> (mes, día, año)	<b>Firma del miembro 4-H</b>
<b>Fecha</b>	<b>Firma del padre o acudiente</b>
<b>Fecha</b>	<b>Firma del líder del club</b>

## Información de los padres o acudientes

Apellido del Miembro		Nombre		Segundo Inicial	
<b>MADRE</b>					
Apellido de la Madre			Nombre		
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	
Acudiente Legal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Enviar correspondencia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Teléfono de la casa		Teléfono del trabajo		Número de celular	
Ocupación (opcional)			Correo electrónico		
Tipo de padre <input type="checkbox"/> Padre primario <input type="checkbox"/> Padre adicional <input type="checkbox"/> Otro _____					
<b>PADRE</b>					
Apellido del Padre			Nombre		
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	
Acudiente Legal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Enviar correspondencia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Teléfono de casa		Teléfono del trabajo		Número de celular	
Ocupación (opcional)			Correo electrónico		
Tipo de padre <input type="checkbox"/> Padre primario <input type="checkbox"/> Padre adicional <input type="checkbox"/> Otro _____					
<b>OTRO (padre, padrastro, abuelo/a, acudiente, etc.)</b>					
Apellido			Nombre		
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	
Acudiente legal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Enviar correspondencia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Teléfono de la casa		Teléfono del trabajo		Número de celular	
Ocupación (opcional)			Correo electrónico		
Tipo de Padre <input type="checkbox"/> Padre primario <input type="checkbox"/> Padre adicional <input type="checkbox"/> Otro _____					