

# El Arco del Tri-Cities de Buddy Club-2019-2020



## Su Responsabilidad a Buddy Club:

1. Dedicación, Amistad, Asistencia & Diversión!!!
2. Comida semanal!!!
3. Amistad & Diversión!!!

Hacer la diferencia,  
Únete Buddy Club !!!

The Arc of Tri-Cities Pagina del Web  
[www.arcoftricity.com](http://www.arcoftricity.com)  
Coordinador del Programa - Sue Pederson  
Email: [buddyclub@arcoftricity.com](mailto:buddyclub@arcoftricity.com)  
PH: 783-1131 ext. 107

1455 Fowler Street  
Richland WA 99352  
[www.arcoftricity.com](http://www.arcoftricity.com)

## Escuela Secundaria Aplicación de Buddy Club 2019-2020

¿Es usted un compinche? (Estudiante con inhabilidades) \_\_\_\_\_

¿Es usted un compinche del par? (Estudiante sin inhabilidades) \_\_\_\_\_

NOMBRE DE ESCUELA \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Numero de Hogar: \_\_\_\_\_ Cell o Trabajo: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Varon \_\_\_\_\_ Embra \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Estaba usted en Buddy Club el año pasado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Habla español usted? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Por que quiere juntar con el Buddy Club? \_\_\_\_\_

Usted participa en actividades después de escuela? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ De que tipo? \_\_\_\_\_

Usted tiene recuestas especial por los buddys? \_\_\_\_\_

Información de la incapacidad: (si hay una) \_\_\_\_\_

Incapacidad primaria: \_\_\_\_\_

Êtes vous un client de DDD? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Usted recibe SSI si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Liberación de Resposabilidad por Tratamiento Medico:** Por este medio apruebo la aplicación de nuestro niño(a) para The Arc of Tri-Cities Buddy Club y doy consentimiento para que se le de tratamiento fisico de emergencia por un medico, o un hospital en caso de un accidente en el que este tomando parte en actividades del Buddy Club y mantendre la responsable a los administradores de Arc of Tri-Cities, miembros de la mesa directiva y voluntarios, por alguna herida a nuestro niño(a), o daños perdidas, o robo de sus pertenencias que pueda ocurrir al participar en actividades del Buddy Club.

Parente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Numero de Hogar: \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo: \_\_\_\_\_



PADRES: ¿Te gustaría participar en alguno de los siguientes: (por favor marque)

Eventos \_\_\_\_\_ Amigos del Club de Baile \_\_\_\_\_ DAD Patrulla \_\_\_\_\_ cosa tirada \_\_\_\_\_

: PADRES DE CONTACTO Numero de Hogar: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_