

# Formulario de inscripción 4-H



Club: \_\_\_\_\_ Club Código: \_\_\_\_\_

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ código Postal: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ AÑOS en 4-H: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Género (circula uno): Masculino Femenina Edad: \_\_\_\_\_

Raza(s) (circula todos que apilquen): Caucásico Afroamericano Americano Nativo Asiático Isleño del Pacífico

Residencia (circula uno): Granja Rural (menos de 10,000) Pueblo (10,000-50,000) Suburbano (mas de 50,000) Ciudad (mas de 50,000)

(circula todos que apilquen): Etnicidad hispana Familia Militar

Teléfono de casa/celular: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

## Padres o guardianes que viven contigo:

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

## Padre que no vive contigo:

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Preocupaciones de salud o necesidades especiales que le gustaría que la oficina de extensión tenga en cuenta:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ M-28

# 4-H Enrollment Form



Club: \_\_\_\_\_ Club Code: \_\_\_\_\_

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Years in 4-H: \_\_\_\_\_

Birthday: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Gender (circle one): Male Female Age: \_\_\_\_\_

Racial Classification (circle all that apply): White African-American or Black American Indian Asian Pacific-Islander

Residence (circle one): Farm Rural (under 10,000) Town (10,000-50,000) Suburb (more than 50,000) City (more than 50,000)

Circle any that apply: Hispanic ethnicity Military family

Home Phone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## Parents or Guardians you live with:

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

## Additional Parent you DO NOT live with:

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Health concerns or special needs you'd like the extension office to be aware of: \_\_\_\_\_