



Formulario de Registro de Miembro 2020-2021

Del 1 de julio de 2020 al 30 de junio de 2021

**Debes tener 55 años para unirse
(o ser el cónyuge de un miembro actual, si es menor de 55 años)**

Las Membresías para Residentes cuestan **\$12.00** por año/persona
(para aquellos que viven dentro del Distrito Escolar Unificado de Kenosha - límites de KUSD)

Las Membresías para No Residentes cuestan **\$50.00** por año/persona
(para aquellos que viven fuera del Distrito Escolar Unificado de Kenosha - límites de KUSD)

Las Membresías con Derechos Adquiridos cuestan **\$12.00** por año/persona
(para aquellos que son miembros actuales y se mudan fuera de los límites del Distrito Escolar Unificado de Kenosha)

Los límites de KUSD incluyen la ciudad de Kenosha, la ciudad de Somers y la aldea de Pleasant Prairie

POR FAVOR COMPLETE EL FORMULARIO Y REGRESE AL CENTRO (POR FAVOR IMPRIMA)

<u>Solo Para Uso Del Personal</u>	
Membership Date: _____	
Amount Paid:	<input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Check
_____	Member (Renewal)
_____	New Member
_____	Non-Resident Member (Renewal)
_____	Non-Resident New Member
Barcode #1 _____	
Barcode #2 _____	

MIEMBRO # 1

PRIMER NOMBRE _____ APELLIDO _____

FECHA DE NACIMIENTO (requerido) _____ **Hombre** **Mujer**

Dirección Correo Electrónico _____

Dirección _____ Apto. # _____ Teléfono de Casa _____

Ciudad _____ Calle _____ Código Postal _____ Teléfono Celular _____

Etnia: ___ Indio Americano ___ Asiático ___ Afroamericano ___ Caucásico ___ Hispano Otro: _____

Nombre del Contacto de Emergencia _____	Teléfono _____
Relación _____	Mi Preferencia de Hospital _____



MIEMBRO # 2

PRIMER NOMBRE _____ APELLIDO _____

FECHA DE NACIMIENTO (requerido) _____ **Hombre** **Mujer**

Dirección Correo Electrónico _____

Dirección _____ Apto. # _____ Teléfono de Casa _____

Ciudad _____ Calle _____ Código Postal _____ Teléfono Celular _____

Etnia: ___ Indio Americano ___ Asiático ___ Afroamericano ___ Caucásico ___ Hispano Otro: _____

Nombre del Contacto de Emergencia _____	Teléfono _____
Relación _____	Mi Preferencia de Hospital _____