



# Inscripción de Miembros 4-H de Wisconsin



Condado \_\_\_\_\_ Club 4-H \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino  
 Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Año en 4-H (Incluyendo este año) \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico donde te gustaría recibir información \_\_\_\_\_  
 Si es posible, prefiero comunicación electrónica:  Si  No

**Residencia:**  Granja  Campo rural no granja o Pueblo con menos de 10,000   
 Pueblo/ Ciudad 10,000-50,000  Suburbio con mas de 50,000  Ciudad con mas de 50,000

**Etnia (Elija uno):**  Hispano o Latino   No Hispano o Latino

**Raza (Elija todos los que apliquen):**  Blanco  Negro- Afro-Americano  
 Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiático  
 Nativo de Hawai o Otra Isla del Pacifico  Mas de una Raza  No Determinado

### Padre/ Guardián (s) Residiendo en la misma dirección que el Miembro

Nombre (s) Padre/Guardián \_\_\_\_\_  
 Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico de los Padres \_\_\_\_\_  
 Favor de agregar nombre (s) adicional de padre/ guardián y su información a esta forma

### **Inscripción de Proyectos - Para mas proyectos, favor de añadir otra pagina**

<u>Código del Project</u>	<u>Nombre del Project</u>	<u>Necesitas Literatura?</u>
_____	_____	Si o No
_____	_____	Si o No
_____	_____	Si o No
_____	_____	Si o No
_____	_____	Si o No
_____	_____	Si o No
_____	_____	Si o No
_____	_____	Si o No

Si  No Doy permiso a la Mesa de Regentes de la Universidad de Wisconsin y la Extensión (siguiente a la Universidad) el derecho de publicar y copiar mi imagen (incluyendo audio, imagen móvil, o fotografía) para programas educativos, paginas de Internet y promoción de programas de la universidad

Si  No Quiero que la Extensión de la Universidad de Wisconsin mantenga mi nombre e información en privado cuando haga algún record publico o lista.

Si  No Requiero de alojamiento especial para discapacitados para poder participar en el programa.

Firma del Miembro \_\_\_\_\_ Firma del Lider \_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/ Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

