



FOR YOUTH DEVELOPMENT®
 FOR HEALTHY LIVING
 FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

Formulario de cambio de membresía

¿Dónde se producirá este cambio?

- Caldwell YMCA
- Downtown Boise YMCA
- Tomlinson South Meridian YMCA
- West Boise YMCA

Por favor, rellene el formulario de forma completa y legible

Primer nombre	Inicial segundo nombre	Apellido	Teléfono
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento	Sexo	Email	

ReinEstadoment of: Family 2-Person Family Individual

Por favor, AÑADIR las siguientes personas a mi unidad de afiliación:

Nombre (primer, segundo, apellido)	Edad	Fecha de nacimiento	Sexo	Relación con el miembro
Nombre (primer, segundo, apellido)	Edad	Fecha de nacimiento	Sexo	Relación con el miembro
Nombre (prime, segundo, apellido)	Edad	Fecha de nacimiento	Sexo	Relación con el

Por favor, ANADIR los siguientes servicios a mi unidad de afiliación:

Toallas individuales para Entrenamiento personal

Toallas familiares Nueva cuenta de pago

Locker (#) Otros:

Kid Zone *

*Nombres que se añadirán a la zona de niños

Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo
Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo
Name	D.O.B.	Sexo

Por favor, ELIMINE a las siguientes personas de mi unidad de afiliación:

Nombre (prime, segundo, apellido)	Edad	Fecha de nacimiento	Sexo	Relación con el miembro
Nombre (prime, segundo, apellido)	Edad	Fecha de nacimiento	Sexo	Relación con el miembro
Nombre (prime, segundo, apellido)	Edad	Fecha de nacimiento	Sexo	Relación con el

Por favor, ELIMINE los siguientes servicios de mi unidad de afiliación:

Toallas individuales para Entrenamiento personal

Toallas familiares Nueva cuenta de pago

*Nombres que se eliminarán a la zona de niños

Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo
Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo
Name	D.O.B.	Sexo

Cambiar nombre

Nombre anterior _____

Nuevo nombre _____

Cambiar contacto de emergencia

Nombre _____ Teléfono _____

Relación con el miembro _____

Uso exclusivo del personal

Lista de control del personal:

- Daxko
- YMCA App
- Firma
- Raptor

Fecha: _____

Total \$ pagado a la YMCA: _____

Iniciales del personal: _____



FOR YOUTH DEVELOPMENT®
 FOR HEALTHY LIVING
 FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

Formulario de cambio de membresía

Nuevo método de pago

Información de la cuenta corriente/ahorros:

Desde: Cuenta corriente Cuenta de ahorros

Nombre que aparece en la cuenta: _____

Últimos 4 dígitos de la cuenta #: _____

Institución financiera: _____

Información de la tarjeta de crédito/débito:

Cobro a mi: Visa MasterCard Discover

Últimos 4 dígitos de la tarjeta: _____ Fecha de venc.: _____

Institución financiera: _____

Autorización de pago:

Autorizo a mi institución financiera a honrar los giros hechos por la YMCA en mi cuenta. Los giros de mi cuenta se realizarán entre el 1 y el 5 de cada mes. El monto girado será el saldo actual adeudado en mi cuenta. Queda entendido que mi giro bancario será continuo hasta 15 días después de que la YMCA haya recibido una notificación por escrito. En caso de que mi institución financiera no acepte el giro, entiendo que sigue siendo mi responsabilidad realizar los pagos de todas las cuotas adeudadas, incluidas las cuotas no cubiertas por el banco. La YMCA tiene el derecho de volver a girar cualquier cuenta que tenga fondos insuficientes. La YMCA se reserva el derecho de cobrar un cargo de \$20 por giros bancarios no suficientes y/o devoluciones de tarjetas de crédito/débito. Si en algún momento hay que dar de baja o cancelar mi membresía, deberá presentarse por escrito en la sucursal de la YMCA donde se adquirió mi membresía 15 días antes del primero del mes siguiente. En caso de no hacerlo, el borrador posterior no será reembolsable. Los cambios o cancelaciones no se pueden hacer por teléfono o en línea. La YMCA me notificará, con antelación, cualquier aumento en el importe de mi giro mensual de socio

Firma de la persona responsable del pago

Fecha

Exención de riesgos obligatoria y comprensión de la membresía (se requiere la firma del miembro)

Los participantes de la YMCA entienden que las actividades recreativas tienen riesgos inherentes que están fuera del control de Treasure Valley Family YMCA y su personal, voluntarios y miembros. Yo (nosotros), el abajo firmante, entiendo que al utilizar las instalaciones y/o servicios que por la presente asumo todo el riesgo por el comportamiento, las acciones y la seguridad de mí mismo, y las personas bajo mi cuidado cuando se involucran en las actividades. Por lo tanto, asumo toda la responsabilidad por lesiones personales a mí mismo, y a las personas bajo mi cuidado, o por la pérdida o daño a la propiedad personal y los gastos de la misma como resultado de la negligencia, la negligencia de las personas bajo mi cuidado que participan en dichas actividades, o la negligencia de Treasure Valley Family YMCA. He leído y comprendido este acuerdo y exención de responsabilidad, y acepto voluntariamente firmarlo. Mientras esté en las instalaciones de Treasure Valley Family YMCA o inscrito en cualquier programa de la YMCA, yo y las personas a mi cargo aceptamos actuar con cuidado, honestidad, respeto y responsabilidad. Al participar en el Programa de Membresía de la YMCA a nivel nacional, estoy de acuerdo en liberar al Consejo Nacional de Asociaciones Cristianas de Jóvenes de los Estados Unidos de América, y a sus asociaciones miembros independientes y autónomas en los Estados Unidos y Puerto Rico, de reclamos por negligencia por lesiones corporales o muerte en relación con el uso de las instalaciones de la YMCA, y de cualquier responsabilidad por otros reclamos, incluyendo la pérdida de propiedad, en toda la extensión de la ley.

Reconocimiento y examen de no delincuentes sexuales (se requiere la firma del miembro)

Treasure Valley Family YMCA negará todas las solicitudes de membresía y/o privilegios de participación en el programa a cualquier persona que sea conocida por nosotros como un delincuente sexual registrado. La YMCA lleva a cabo exámenes regulares de delincuentes sexuales en todos los miembros, participantes e invitados. Si se produce una coincidencia con un delincuente sexual, la YMCA se reserva el derecho de cancelar la membresía, terminar la participación en el programa y eliminar el acceso a las visitas. Al firmar abajo reconozco que ni yo ni nadie incluido en esta solicitud somos delincuentes sexuales registrados.

Al firmar a continuación, yo (nosotros), acepto todas las políticas descritas anteriormente

Adulto principal Firma Fecha

Adulto secundario Firma Fecha

Miembro adicional de la familia 18+ Firma Fecha

Miembro adicional de la familia 18+ Firma Fecha

Nombres de los hijos menores de edad de los que soy responsable:

