



# Paquete de Solicitud

## Instrucciones

- Escriba o use tinta negra para completar cada formulario
- Solicitud de cadete completa
- Complete el formulario de membresía BPAL
- Proporcionar una copia del comprobante de edad del joven.
  - (Certificado de nacimiento, Tarjeta de seguro o Documento de asistencia escolar)
- **La Declaración del médico debe entregarse antes de que comiencen las sesiones:**
  - **Cadetes Junior: 11-13 años. 12 de junio-7 de julio 7:45AM-12:00PM**
  - **Cadetes mayores: 14-17 años. 18 de julio-12 de agosto 7:45AM-12:00PM**
- **La inscripción está restringida a 50 reclutas por ubicación**

*La Academia de Policía Junior de Bakersfield es un programa que se lleva a cabo en la Liga de Actividades de la Policía de Bakersfield (BPAL), una organización local sin fines de lucro que presta servicios en el área de los condados de Bakersfield y Kern desde 1994. Se requiere que cada cadete se convierta en miembro de la organización. Este programa y la membresía de BPAL son gratuitos para todos los que deseen participar.*



**DEVUELVA LOS ARTÍCULOS A LA OFICINA DE BAKERSFIELD POLICE ACTIVITIES LEAGUE 301 E 4TH STREET BAKERSFIELD, CA 93307 ANTES DEL VIERNES 1 DE ABRIL DE 2023 A LAS 4:00 P. M..**



# ACADEMIA DE POLICÍA JUNIOR DE BAKERSFIELD

## SOLICITUD DE CADETE



Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Primero Medio Último

Dirección de casa \_\_\_\_\_  
Nombre de calle y número Número de apartamento Ciudad

Dirección de casa \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Estado Código postal Mes/Día/Año

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Madre/Guardián Selección uno: Móvil/Casa/Trabajo Selección uno: Móvil/Casa/Trabajo

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardián Selección uno: Móvil/Casa/Trabajo Selección uno: Móvil/Casa/Trabajo

\_\_\_\_\_  
Emergency Contact Name Selección uno: Móvil/Casa/Trabajo Relación

1. ¿Ha asistido a la Academia de Policía Junior de Bakersfield en el pasado? Sí/No  
 a. Si es así, ¿qué año (s)?

2. ¿Alguna vez ha sido arrestado? Sí/No  
 a. En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los cargos?\_

3. ¿Alguna vez te han expulsado de la escuela? Sí/No  
 a. En caso afirmativo, ¿por qué fue expulsado?

4. ¿Tiene alguna condición médica que le prohíba cualquier actividad física? Sí/No  
 En caso afirmativo, ¿cuál es la condición médica?

5. Enumere cualquier otro motivo que pueda impedirle participar en cualquier actividad durante el transcurso de esta academia.

Seleccione un grupo de edad Y a qué sitio le gustaría asistir.

Cadetes Junior: 11-13 años. 12 de junio-7 de julio	Cadetes mayores: 14-17 años. 18 de julio-12 de agosto
<input type="checkbox"/> Centro PAL, 301 E. 4th St.	<input type="checkbox"/> Centro PAL, 301 E. 4th St.
<input type="checkbox"/> Freedom Middle School 11445 Noriega Rd. 93312	<input type="checkbox"/> Freedom Middle School 11445 Noriega Rd. 93312

Talla de pantalón (cintura): \_\_\_\_\_ Talla de camisa: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Solicitante Padre/Guardián

<b>OFFICE USE ONLY</b>			
<input type="checkbox"/> Cadet Application	<input type="checkbox"/> BPAL Membership	<input type="checkbox"/> Physical Form	Date Rec.



# Forma de Información para Membresía

Bakersfield PAL  
301 E. 4<sup>th</sup> Street  
Bakersfield, CA 93307  
Phone: (661) 283-8880  
Fax: (661) 748-1570

**Confidencialidad:** Cualquier información confidencial solicitada es para nuestros expedientes y para el financiamiento nuestra organización recibe. Las respuestas que usted proporciona serán mantenidas totalmente confidenciales. Su cooperación en el abastecimiento de esta información es apreciada y necesaria.

## Información Del Niño *(Letra de molde por favor)*

**Primer Nombre:**

**Medio Nombre:**

**Apellido:**

**Apodo:**

**Fecha de Nacimiento**

**Autorizado para caminar a**

**Género:**

**Pertenencia Étnica:**

Niño  
 Niña

American Indian or Alaskan Native       Asian/Pacific Islander  
 Hispanic/Latino       African American/Black       White

**Lonche Gratis:**

**Escuela:**

**Grado:**

Si  
 No

## Información De Padres *(Letra de molde por favor)*

**Padres/Guardián**

**Primer Nombre:**

**Apellido:**

**Relación:**

**Ingreso Anual (Familia): Dirección:**

\$5,000-\$9,300  
 \$9,301-\$10,900  
 \$10,900-\$12,100  
 \$12,100-\$13,050  
 \$13,050-\$14,000  
 \$14,000-\$15,000  
 \$15,000-\$15,900  
 \$15,900-\$20,000  
 \$20,150-\$23,350  
 \$23,500-\$26,600  
 \$26,000 +

Home     Work

(Ciudad)

(Estado)

(Zip Code)

**Número de Teléfono:**

**Tipo de Número de**

( ) -

Home  Work  \_\_\_\_\_

( ) -

Home  Work  \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:**

**Información Especial: (Requerido):**

¿Requiere el participante adaptaciones para necesidades especiales/discapacidad para este programa? Sí/No

¿El participante requiere mediación de horarios? Sí/No

¿El participante tiene alergias? Sí/No

# Personas de emergencia (Letra de molde por favor)

## Personas de emergencia con número de teléfono -

1.

(  )  -

El Padre  
 El Guardian  
 \_\_\_\_\_

2.

(  )  -

El Padre  
 El Guardian  
 \_\_\_\_\_

He leído el uso terminado, entiendo las reglas del amigacho de Bakersfield PAL y solicite que admitan a mi hijo/hija en calidad de miembro. He explicado las reglas a mi hijo/hija y convengo que el amigacho de Bakersfield PAL no será responsable de ningún accidente al muchacho/a la muchacha mientras que en las premisas del amigacho de Bakersfield PAL o mientras que está enganchado en cualesquiera de sus actividades lejos del amigacho de Bakersfield PAL.

En las actividades de BPAL es terminantemente voluntario, y después de que la juventud se haya dado entrada, utilizamos nuestros mejores esfuerzos de proporcionar una atmósfera segura, pero no somos responsables de los miembros de BPAL que eligen entonces dejar la facilidad, o después de días dados la programación ha terminado.

Entiendo que durante el programa y/o la actividad del amigacho de Bakersfield PAL, mi fotografía y/o la fotografía de mi niño se pueden tomar por el amigacho de Bakersfield PAL, productores, patrocinadores, organizador, y/o asignan. Convengo que mi fotografía y/o la fotografía de mi niño, incluyendo la fotografía video, filman la fotografía, o la otra reproducción de mi semejanza o de la semejanza de mi niño, puedo ser utilizado sin la carga al amigacho de Bakersfield PAL, productores, patrocinadores, organizador, y/o es asigna para tales purposed mientras que juzgan apropiadas.

Doy mi consentimiento que si no puedo proporcionar el transporte a y desde juegos, prácticas, o actividades relacionadas del amigacho; Autorizo al encargado y/o a los coches, a los padres del equipo y a todos los agentes del amigacho de Bakersfield PAL, a proporcionar el transporte del menor de edad antedicho a los juegos, prácticas, o actividades relacionadas del amigacho. También renuncio y lanzo cualesquiera y todas las derechas y demandas para los daños contra los encargados, los coches, los padres del equipo, la Bakersfield PAL limpian la liga de las actividades, el departamento del policía de Bakersfield y el alcalde, concilio, oficiales, agentes y empleados de la ciudad de Bakersfield para cualesquiera y todas las lesiones sufrió por el menor de edad arriba mencionado en cualquier accidente automotor que implicaba el transporte y de juegos, de prácticas o de actividades relacionadas.

Éste es un legal y el documento obligatorio que autoriza el hospital y/o tratamiento médico en caso de lesión a su niño debido a un accidente y padres o un guarda no puede ser situado para su permiso. Esta forma original será conservada por los encargados, los coches, o los padres del equipo y presentada como documento jurídico si está necesitada para el tratamiento de su niño. I, el padre infrascrito/guarda del \_\_\_\_\_ un menor de edad, consiente por este medio a cualquier examinación de la radiografía, tratamiento médico u hospital/tratamiento médico en mi costo que se juzgue recomendable y deba ser rendido bajo supervisión general o especial de cualquier médico/médico de cualquier hospital licenciado. Esta autorización seguirá siendo en efecto hasta los alcances del menor de edad la edad de dieciocho años o es no más activa con la Bakersfield PAL.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o del guarda

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Bakersfield PAL

## Reglas de la conducta

1. Ningunas armas (armas, cuchillos, objetos agudos, etc.) permitieron en cualquier momento.
2. Ningunas drogas, alcohol, y/o tabaco permitieron en cualquier momento. (Cualquier medicación necesitada por un miembro de BPAL debe ser despejó por el personal de oficina).
3. El absolutamente NINGÚN LUCHAR permitió.
4. La destrucción o el vandalismo característica de los miembros de BPAL y/o de BPAL' no será tolerada.
5. El hurto de la clase del personal, de miembros, o de la facilidad de BPAL no será tolerado.
6. Todos los miembros de BPAL respetarán al personal de BPAL, a los oficiales de policía, a la facilidad, y a huéspedes siempre.
7. Ninguna ropa afiliada de la cuadrilla, mano firma, discurso, música, etc. permitido.
8. La blasfemia no será tolerada.
9. El uso de palabras raciales o discurso despectivo con respecto la raza, la religión, el género, al etc. no será tolerado.
10. Ninguna "comba" o la ropa que revelaba permitió; toda la ropa debe ser usada según lo previsto originalmente. Las camisas, los pantalones, y los zapatos/los sandalias deben ser usados en todas las veces.
11. Ningún alimento o bebidas permitió en el gimnasio, el cuarto preceptoras o el cuarto del juego.
12. El ningún colgar en los bordes del baloncesto
13. Todo el equipo de BPAL debe ser utilizado según lo previsto.
14. Ningunos miembros de BPAL permitieron en cualquier sitio desatendido.

El establecimiento y la aplicación de las reglas de la conducta es necesarios asegurar eso Bakersfield Policía Actividades Liga Centro puede proporcionar un ambiente seguro para la juventud de nuestra comunidad. Nos esforzamos promover una facilidad que acentúe la importancia de aprender educativo, de actividades físicas sanas, y de interacciones positivas entre la juventud local, la aplicación de ley, y la comunidad. BPAL Centro es una organización privada que reserva la derecha de rechazar el acceso a la facilidad y sus programas a cualquier persona que no pueda conformarse con las reglas de la conducta. La atención en las actividades de BPAL es terminantemente voluntario, y después de que la juventud se haya dado entrada, utilizamos nuestros mejores esfuerzos de proporcionar una atmósfera segura, pero no somos responsables de los miembros de BPAL que eligen entonces dejar la facilidad, o después de días dados la' programación ha terminado.

Firmando esta forma, certifico por este medio que he leído y he entendido las condiciones antedichas que un miembro y el padre/el guarda de BPAL deben seguir. Me certifico estoy bien informado enterado de las consecuencias si es un de los sobre reglas me violo.

---

Firma de Miembro

---

Fecha

---

Firma de Padre o Guardián

---

Fecha



## Bakersfield Police Activities League

301 E. 4<sup>th</sup> Street  
Bakersfield, CA 93307  
Phone: (661) 283-8880  
Fax: (661) 748-1570  
[www.bakersfieldpal.org](http://www.bakersfieldpal.org)

El Bakersfield Police Activities League (BPAL) estara abierto de lunes a jueves 2:00pm – 5:00pm para el programa de la escuela despues. Los ninos ya no se les permite salir antes de las 5:00pm. Todos los padres/tutores deben firmar su hijo fuera a diario salvo autorizacion en su formulario de adhesion a caminar a casa al final del programa.

Los ninos tienen que firmar todos los dias a traves de la oficina principal. El padre/tutor debe firmar fisicamente embargo nino/ninos sobre una base diaria.

**Al firmar este formulario, certifico que he leído y entendido las condiciones anteriores de que el miembro y un padre/tutor debe seguir.**

---

Padre/Tutor Escribe su nombre

---

Padre/Tutor Firma



**BAKERSFIELD JUNIOR POLICE ACADEMY  
PHYSICIAN FORM**



This certifies that \_\_\_\_\_  
Patient Name

has completed a basic physical on \_\_\_\_\_  
Date

and is cleared to participate in physical activity.

Blood Pressure: \_\_\_\_\_ Pulse: \_\_\_\_\_

Respiration: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_

Physicians Name: \_\_\_\_\_

Physicians Signature \_\_\_\_\_

Physicians Address: \_\_\_\_\_

Physicians Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**\*Bakersfield City School District Students\***

Free physicals provided by the Wellness Center for BCSD students only.  
To schedule an appointment please call the Wellness Center.

4<sup>th</sup> Street Wellness Center: 661-631-3205

South Chester Wellness Center: 661-632-3203.