



Columbus Police Department Columbus Fire Department ACADEMIA DE JOVENES



Nombre: _____ Masculino or Feminino
Apellido Primero

Domicilio: _____
Numero de Calle (Apt. #) Ciudad Estado # de Zona Postal

Fecha de Nacimiento _____ Tamano de Camisa: _____ (S,M,L, XL)

Numero de Telefono: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Padres: _____

de Telefono de casa: _____ Trabajas: _____

Domicilio de Padres: _____

Contacto en Caso de Emergencia: _____
Apellido Primero

Relacion a Solicitante: _____

de Telefono en caso de emergencia :(____) _____ (____) _____

Solicitante, por favor, explique de donde oyo de esta academia y porgue querria ser un participante: _____

El solicitante debe entender que si está escogido para participar en la academia de jóvenes, ellos participarán en varias actividades. Incluye, pero hay más las siguientes cosas: Resistencia y ejercicios, defensa personal y entrenamiento, cursos obstaculos, correr, cursos de manejar defensiva, clase de seguridad de armas y disparar, y más instrucción, etc.

El departamento de policía de Columbus tomará pasos para asegurarse que todos los participantes de academia de jóvenes estarán seguros.

Firma de Padres: _____ Fecha: _____

Firma de Solicitante: _____ Fecha: _____

Received _____ Contacted _____

Por favor, **regrese esta forma al Departamento de policía de Columbus lo más temprano que posible.** Lleve o mande por correo:

Columbus Police Department 123 Washington St. Columbus, IN 47201