



REC. ID NUMBER					

**Հ.Մ.Ը.Մ.**  
 Հայ Մարմնակրթական Ընդհանուր Միություն և Սկաուտներ  
 Արևմտեան Միացիալ Կամանդոներու Օրջան

**HOMENETMEN**  
 Armenian General Athletic Union and Scouts  
 Western United States Region

2324 Colorado Blvd., Los Angeles, California 90041 • Tel.: (323) 344-4300 • Fax: (323) 344-0438 • www.homentmen.net

**ԱՆԴԱՄԱԳՐՈՒԹԵԱՆ ԴԻՄՈՒՄՆԱԳԻՐ**  
**MEMBERSHIP APPLICATION**

**ԱՆՁՆԱԿԱՆ ՏՆՂԵԿՈՒԹԻՒՆՆԵՐ / PERSONAL INFORMATION**

<b>1</b> Անուն / First Name	<b>2</b> Մականուն / Last Name	<b>3</b> Դիմում Թույլատրված / Application Date	- 20
<b>4</b> Ծննդյան Թույլատրված / Date of Birth	<b>5</b> <input type="checkbox"/> Արական / Male <input type="checkbox"/> Իգական / Female		
<b>6</b> Հասցե / Address	City	State	Zip
<b>7</b> ( ) Հեռախոս-տուն / Tel.-Home	<b>8</b> ( ) Հեռախոս-գործ / Tel.-Work	<b>9</b> E-mail ...ies	
<b>10</b> Մասնաճյուղ / Chapter	<b>11</b> Հ.Մ.Ը.Մ.-ի անդամի անդամակցության թույլատրված և վայր / Previous Homenetmen membership date and Place		
Կը փափաքեմ անդամակցել Հ.Մ.Ը.Մ.-ին որպես <input type="checkbox"/> Սկաուտ <input type="checkbox"/> Մարզիկ <input type="checkbox"/> Ընդհ. Անդամ		I would like to join HOMENETMEN and be accepted as a <input type="checkbox"/> Scout <input type="checkbox"/> Athlete <input type="checkbox"/> Gen. Member	
Կը խոստանամ ընդունել և գործադրել Հ.Մ.Ը.Մ.-ի Մրցագիր Կանոնագիրը:		I pledge allegiance to the constitution of HOMENETMEN	
<b>12</b> Անարտած է մասնաճյուղի դաստիարակչական աշխատանքը Has completed the chapter's educational program	<input type="checkbox"/> Այո / Yes <input type="checkbox"/> Ոչ / No		
<b>13</b> Անդամի Ստորագրություն / Member Signature	<b>14</b> Տասնից չափով չափանշված անդամի ծնողի կամ ինժեներական ստորագրություն Signature of parent of legal guardian (if under 18)		
Ստորագրելիս թարգմանի կ'ընդառնվեն (Հ.Մ.Ը.Մ.-ի երկու անդամներ / In witness of the applicant (two members of HOMENETMEN)			
<b>15</b> Անուն / Name	Ստորագրություն / Signature	<b>16</b> Անուն / Name	Ստորագրություն / Signature

**ԾՆՈՒՂ / ԻՆՅՈՒՄՈՒՆԱԿԱՆ**  
**PARENT/GUARDIAN**

Պատրաստ եմ կամուրջ օժանդակելու  
 Would like to volunteer my time

Այո / Yes  Ոչ / No

Ծնողի զբաղում / Parent's occupation

**ԳՐԱՍԵՆՆԱԿԻ ՀԱՄԱՐ / FOR OFFICE USE**

**1**  
Վաճառողի Մասնաճյուղի անուն / Name of approving chapter

**2** / / 20  
Վաճառման թույլատրված / Date of approval

Մասնաճյուղի Վարչության Անձնակազմ  
 Chapter Executive Committee Chairman

Մասնաճյուղի Վարչության Անձնակազմ  
 Chapter Executive Committee Secretary

Մերակ օրինակը՝ Օրջանային Վարչության Գեղիքը Ընդունող Վարչության



### Athlete Health History

Please complete this section using the most current medical information for the listed athlete.

Yes	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1a. Down Syndrome* (If Yes, proceed to 1b. If No, skip to 2.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1b. Has an x-ray evaluation for Atlanto-Axial Instability been done?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Autism Spectrum*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Uses Wheelchair*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Emotional/Psychiatric/Behavioral Problems*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Requires Constant Supervision*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Seizures/Epilepsy/Fainting Spells*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Heart Disease/Heart Defect High Blood Pressure*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Chest Pain*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Sickle Cell Trait/Disease*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Diabetes*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Uses Tobacco*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Hearing Loss/Hearing Aid*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Blindness/Visual Problems*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Contact Lenses/Glasses*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Bone/Joint Problem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Concussion/Serious Illness*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Major Surgery/Serious Illness*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Heat Stroke/Exhaustion*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Asthma*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Easy Bleeding*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Immunizations Up to Date*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Tetanus Immunization (mm/dd/yyyy)*:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Other _____

#### PHOTO/VIDEO RELEASE FORM

I hereby give permission for images of my child, captured during all Homenetmen Event through video, photo and digital camera, to be used solely for the purposes of Homenetmen promotional material and publications, and waive any rights of compensation or ownership there to.

Name of Participant (please print): \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Name of Parent/Guardian (please print): \_\_\_\_\_

Parent/Guardian's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_