



CYC Formulario de Cancelación de Membresía

Información de Miembro

Entiendo que mi solicitud de cancelación debe recibirse 15 días antes del final del mes para que mi pago cese el siguiente mes programado.

Nombre de Miembro (primer nombre, segundo nombre, apellido): _____

Nombre de Contacto Primario: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Codigo Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____

¿Qué te hizo decidir cancelar tu membresía?

¿En qué programa se inscribió el miembro?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Excelencia Académica | <input type="checkbox"/> Danza | <input type="checkbox"/> Fútbol |
| <input type="checkbox"/> Boxeo | <input type="checkbox"/> Gimnasia | <input type="checkbox"/> Deporte Específico |
| <input type="checkbox"/> Porristas | <input type="checkbox"/> Judo | <input type="checkbox"/> Taekwondo |
| <input type="checkbox"/> Lucha | <input type="checkbox"/> Equipo Competitivo | |

¿Considerarías volver a CYC en el futuro? Yes No

Agradecemos cualquier comentario, historia de CYC, reconocimiento del personal o compartir ideas que pueda tener:

Firma Primaria: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso: _____ Relación con el Miembro: _____

OFFICE USE ONLY

Date Received by CYC Front Office: _____ Name: _____

Membership is paid current: Yes No If no, amount due: _____

Scholarship Member: Yes No

Last Day of CYC Program(s): _____ Primary Initials: _____

Approved by Supervisor: _____ Signature: _____