

Jim Mitchell PTA Membership Form

Member Name: _____

Address: _____

City, State, Zip Code: _____

Phone #: _____ E-Mail: _____

Students' Names and Teacher (2009-2010): _____

_____ I would like to receive Mitchell E-news. Please add my email to the distribution list.

Check the one that best applies: _____ Parent/Guardian _____ Faculty/Staff _____ Community Member

Please return this form and **\$5.00 membership dues.** Checks may be made payable to:
Mitchell PTA.

Jim Mitchell PTA – Forma de Membrecía

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Nombres de Alumnos y Maestro (2009-10): _____

_____ Quiero recibir el boletín de Mitchell Electrónico. Por favor agreguen mi nombre a la lista de distribución.

Marque el que aplique mejor: _____ Padre/Guardián _____ Facultad/Personal _____ Miembro Comunitario

Por favor regrese la forma y **\$5.00 cuota de membrecía.** Cheques pagables a: ***Mitchell PTA.***