



FOR YOUTH DEVELOPMENT
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

Community YMCA School Age Summer Registration

Nombre del niño: _____ **D.O.B:** _____ **Age:** _____ Hombre Mujer

Dirección: _____

Grado terminado junio de 2018: ____ **Asiste la escuela infantil:** ____

Comunicación e información familiar

** Mensajes de correo electrónico se utilizan para la información de emergencia, boletines y actualizaciones del programa **

Padre o tutor nombre: _____

Teléfono de casa: _____ trabajo teléfono: _____ Cell teléfono: _____

Empleador: correo electrónico principal: _____

Padre o tutor nombre: _____

Teléfono de casa: _____ trabajo teléfono: _____ Cell teléfono: _____

Empleador: correo electrónico principal: _____

¿Los padres viven juntos? _____ **Si no, con quien el niño reside la?** _____

Si los padres son divorciados/separados, por favor dar instrucciones específicas y una copia de la orden de la corte relativas a visitas y recogida por el padre sin custodia, según sea necesario. Restricciones en pastillas o visitas n sí, coloque judicial.

Información de emergencia y la liberación de los niños: Contactos de emergencia pueden ser vecinos, amigos de la familia o familiares ubicados en las inmediaciones de la escuela. Si no recoger o ser alcanzado sobre importantes cuestiones relativas a mi hijo, yo autorizo a estas personas para recoger a mi hijo o a contestar preguntas. Estos no pueden ser padres.

Nombre: _____ Relationship: _____ OK para recoger Información de emergencia

Teléfono primario: _____ Inicio célula trabajo

Teléfono secundario: _____ Inicio célula trabajo

Nombre: _____ Relationship: _____ OK para recoger Información de emergencia

Teléfono primario: _____ Inicio célula trabajo

Teléfono secundario: _____ Inicio célula trabajo

Información de salud * Copia física y vacunas requeridas

Médico de familia y teléfono: _____

Fecha del último examen físico: _____

Estamos exentos de vacunas debido a razones médicas o religiosas.

My niño está en un calendario de vacunación retrasada.

Marque todas las que aplican

ADD/ADHD Autismo / Asbergers Asma Trastorno convulsivo

Defecto de cardiopatía Diabetes Alergias _____

Other: _____ * operaciones o heridas graves; enfermedad crónica o recurrente, speci fi actividades e a ser alentado o limitados por consejo médico o necesidades especiales (físico, mental o psicológica) para el conocimiento personal. Uso la parte posterior del formulario para describir según sea necesario.

Si su hijo tiene especial cuidado de la salud (Alergias, asma incluido) - Un médico había aprobado escrito formulario de consentimiento para medicamentos y Plan de acción para la alergia se necesita. Los niños no pueden asistir a programa hasta que éstos se volvieron con la medicación. * Estas formas se pueden encontrar en <http://community.ymca-cnw.org/about/forms/>

COMMUNITY YMCA

01/2018

106 Titicus Road, North Salem NY 10560

P 914 276 2398 F 914 276 7683 www.community.ymca-cnw.org



Información del niño

Su hijo ha participado en otros programas? No Sí

En caso afirmativo, especifique: _____

¿Tiene su hijo una dieta especial? No Sí

En caso afirmativo, especifique: _____

Problemas de aprendizaje/comportamiento/emocionales conocidos? No Sí

En caso afirmativo, especifique: _____

Conocidos hábitos nerviosos ni temores? No Sí

En caso afirmativo, especifique: _____

Nombres y edades de todos los hermanos y donde van a la escuela.

Para ayudarnos a proporcionar el mejor posible experiencia no dude en dar una breve descripción de su hijo e incluyen cualquier preocupación. Use papel adicional como sea necesario.

¿Cómo refirieron a la Y? _____

Sí, certifico que la información en esta solicitud es verdadera y exacta y no he dejado ninguna información que ayude al Y entender o trabajar con mi hijo.

Sí, mi hijo está en buena salud y sea capaces de participar plenamente en todas las actividades ofrecidas en los programas Y. En caso de emergencia doy permiso para el Y para tomar cualquier acción que se consideren necesaria para el mejor interés de mi hijo. También doy permiso para cualquier personal médico seleccionado por el Y para proporcionar cuidados necesarios incluidos los esfuerzos de reanimación y transporte a un hospital para el cuidado de.

Sí, Conozco que el manual para padres se puede encontrar en www.Community.YMCA-CNW.org. Este manual incluye todos los procedimientos Y políticas. Entiendo que es mi responsabilidad leer el manual y esta toda la aplicación y acepto cumplir todos los términos y regulaciones.

Sí, Me doy permiso para que la Y a utilizar la fotografía de mi hijo para relaciones públicas o con fines de marketing.

Sí, Estoy de acuerdo de renuncia/renunciar a todos los reclamos y llevará a cabo la Y & cualquier oficiales, agentes, empleados o representantes de cualquier reclamo que pudieran derivarse de mi participación en cualquier activos de la Y.

Sí, Me dar permiso para el Y para el transporte de mi hijo para excursiones (según corresponda) con antelación. Entiendo que el transporte será debidamente supervisado. Entiendo que la Y y sus empleados no asumen ninguna responsabilidad en caso de un accidente fuera de su autoridad.

Firma de los padres: _____ **Date:** _____



FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

Comunidad YMCA
Programa de verano en Brewster

- Mi niño actualmente recibe almuerzo gratis, estoy de acuerdo con una tarifa de \$40 por semana.
- Mi niño actualmente recibe almuerzo reducida, estoy de acuerdo con una tarifa de \$80 por semana.
- Mi hijo actualmente no recibe almuerzo gratis o reducido, me registro antes del 1 de abril, estoy de acuerdo con una tarifa de \$200 por semana.
- Mi hijo actualmente no recibe almuerzo gratis o reducido, estoy de acuerdo con una tarifa de \$250 por semana.

	Programa de día completo 9:00 - 4:30	Pago Total
Semana 1: 6/25-6/29		\$
Semana 2: 7/2-7/6		\$
Semana 3: 7/9-7/13		\$
Semana 4: 7/16-7/20		\$
Semana 5: 7/23-7/27		\$
Semana 6: 7/30-8/3		\$
Semana 7: 8/6-8/10		\$
Semana 8: 8/13-8/17		\$
Verano Total		\$

- Mi hijo requerirá transporte proporcionado por el distrito a y desde el programa de verano Y.
- Proporcionará transporte para mi hijo / a y desde el programa de verano Y.

Políticas de pago

- Aceptamos; en efectivo, comprobar o tarjetas de débito/crédito.
- Se debe pagar un depósito de \$ 20 por semana al momento de la inscripción.
- Los pagos deben hacerse en su totalidad antes del inicio del campamento.

Autorización de tarjetas de crédito / Debit:

Tarjeta de crédito

Nombre como aparece en tarjeta: _____ código postal: _____

Número de tarjeta: _____ Fecha de exp.: _____

Firma: _____ **Date:** _____