



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, coloquio 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 actividades c 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](http://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](http://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:** \_\_\_\_\_



**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.

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

- 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:** \_\_\_\_\_