



FOR YOUTH DEVELOPMENT
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

Community YMCA School Age Summer Registration

New child Returning child Male Female

Child's Name: _____ D.O.B: _____ Age: _____

Address: _____

Grade completed June 2017: _____ School child attends: _____

Family Information & Communication

****Emails are used for emergency information, newsletters and program updates****

Parent/Guardian Name: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____ Cell Phone: _____

Employer: _____ Primary Email: _____

Parent/Guardian Name: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____ Cell Phone: _____

Employer: _____ Primary Email: _____

Do parents live together? _____ If no, with whom does the child reside? _____

If parents are divorced/separated, please give specific instructions and a copy of court order concerning visits and pick-up by non-custodial parent as needed. Restrictions on pickups or visitation No Yes, attach court order.

Emergency Information & Release of Children: Emergency contacts may include neighbors, family friends, or relatives located within close proximity of the school. If I am unable to pick up or be reached regarding important matters pertaining to my child, I authorize these people to pick up my child or answer questions. These may not be parent/guardian.

Name: _____ Relationship: _____ Ok to pick up Emergency info

Primary Phone Contact: _____ home cell work

Secondary Phone Contact: _____ home cell work

Name: _____ Relationship: _____ Ok to pick up Emergency info

Primary Phone Contact: _____ home cell work

Secondary Phone Contact: _____ home cell work

Health Information *Copy of physical & immunizations required

Family physician & phone: _____

Date of last physical exam: _____

We are exempt from immunizations due to medical or religious reasons.

My child is on a delayed immunization schedule.

Check all that apply

ADD/ADHD Autism/ Asbergers Asthma Seizure Disorder

Heart Defect/Disease Diabetes Allergies _____

Other: _____ *operations or serious injuries; chronic or recurring illness; specific activities to be encouraged or limited by physician's advice or special needs (physical, mental or psychological) for staff awareness. Use back of form to describe as needed.

If your child has special health care needs (Allergies, Asthma included) – A doctor approved Written Medication Consent Form & Allergy Action Plan is needed. Children cannot attend program until these are returned with medication. *These forms can be found at <http://community.ymca-cnw.org/about/forms/>

COMMUNITY YMCA

01/2017

106 Titicus Road, North Salem NY 10560

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



Child Information

Has your child attended any other programs? No Yes
If yes, please specify: _____

Does your child have a special diet? No Yes
If yes, please specify: _____

Any known learning/behavioral/emotional issues? No Yes
If yes, please specify: _____

Any known nervous habits or fears? No Yes
If yes, please specify: _____

Names and ages of all siblings and where they go to school. _____

To help us provide the best possible experience please feel free to give a brief description of your child & include any concerns. Use additional paper as needed.

How were you referred to the Y? _____

Yes, I certify that the information on this application is both true and accurate and I have not left out any information that would help the Y understand or work with my child.

YES, my child is in good health and is able to fully participate in all activities offered at the Y programs. In an emergency I hereby give permission for the Y to take any action deemed necessary for the best interests of my child. I also give permission for any medical personnel selected by the Y to provide needed care including any resuscitation efforts and transportation to a hospital for care.

YES, I am aware the Parent Handbook can be found online at www.community.ymca-cnw.org This handbook includes all Y procedures and policies. I understand it is my responsibility to read the handbook and this entire application and I agree to abide by all terms and regulations.

YES, I give permission for the Y to use my child's photograph for public relations and/or marketing purposes.

YES, I agree to waive/relinquish all claims and will hold the Y & any officers, agents, employees, or representatives harmless from any and all claims which may arise from my child's participation in any actives of the Y.

YES, I give permission for the Y to transport my child for field trips (as applicable) with advanced notice. I understand that the transportation will be appropriately supervised. I understand that the Y and its employees assume no liability in case of an accident outside of their authority.

Parent Signature: _____ **Date:** _____



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 2017: ____ 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

01/2017

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:** _____