

| | |
|---|--|
| Application Date: _____ | Start Date: _____ |
| Weekly Rate: _____ Middle _____ Elementary | Financial Assistance Level: _____ |
| Membership Date: _____ Youth _____ Family _____ | Registration Paid: Yes _____ No _____ Waived _____ |

| | | | | |
|----------------------------|------------------|---|-------------------------------------|------------------------|
| Participante | Nombre: _____ | Apellido: _____ | | |
| C A S A | Dirección: _____ | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Fecha de Nacimiento: ____/____/____ | Edad: _____ |
| | Ciudad: _____ | Estado: _____ | Código Postal: _____ | Teléfono: _____ |
| | Escuela: _____ | Grado el año que viene: _____ | Talla de Camiseta: _____ | Niño/a vive con: _____ |

| | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|--|---------------------------------------|---------------|----------------------|
| P A D R E O T U T O R | Nombre: _____ <i>(Name)</i> | Apellido: _____ <i>(Last Name)</i> | P A D R E O T U T O R | Nombre: _____ <i>(Name)</i> | Apellido: _____ <i>(Last Name)</i> | | |
| | Dirección: _____ | | | Dirección: _____ | | | |
| | Ciudad: _____ | Estado: _____ | | Código Postal: _____ | Ciudad: _____ | Estado: _____ | Código Postal: _____ |
| | Teléfono: _____ <i>(Phone number)</i> | Mobil: _____ <i>(Cell)</i> | | Teléfono: _____ <i>(Phone number)</i> | Mobil: _____ | | |
| | Email: _____ | | | Email: _____ | | | |
| | Lugar de Empleo: _____ | | | Lugar de Empleo: _____ | | | |
| | Posición de Empleo: _____ | Número Telefónico de Empleo: _____ | | Posición de Empleo: _____ | Número Telefónico de Empleo: _____ | | |

EMERGENCY CONTACT// CONTACTO DE EMERGENCIA (que no sea el padre / tutor) Indique el nombre de al menos una persona con la que se pueda contactar en caso de una emergencia o enfermedad si no se le puede localizar. Cualquier persona en la lista debe poder ayudar a comunicarse con usted y al menos una de las personas en la lista debe estar dentro de una hora del centro / hogar y poder asumir la responsabilidad del niño en caso de que no puedan comunicarse con usted.

| | | |
|-----------------------------|------------------------------|---|
| First Name // Nombre: _____ | Last Name // Apellido: _____ | Relationship to the child// Relación al niño/a: _____ |
| Phone // Teléfono: _____ | Cell Phone // Mobil: _____ | |

Is there anyone who CAN NOT pick-up your child? Hay alguien que NO PUEDE recoger a su niño/a?

| | | |
|--|-------------------------|-----------|
| PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER SU HIJO/A | Nombre: | Apellido: |
| | Teléfono: | Mobil: |
| | Relación con el niño/a: | |
| | Nombre: | Apellido: |
| | Teléfono: | Mobil: |
| | Relación con el niño/a: | |

| | | |
|--|-------------------------|-----------|
| PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER SU HIJO/A | Nombre: | Apellido: |
| | Teléfono: | Mobil: |
| | Relación con el niño/a: | |
| | Nombre: | Apellido: |
| | Teléfono: | Mobil: |
| | Relación con el niño/a: | |

| | | | | | | | |
|------------------------------------|------------|-----------|---------------------------------|----------------|-----------|-----------|----------------|
| Hospital o clinica de preferencia: | | | | | | | |
| D O C T O R | Nombre: | Apellido: | D E N T I S T | Nombre: | Apellido: | | |
| | Dirección: | | | Dirección: | | | |
| | Ciudad: | Estado: | | Código Postal: | Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| | Teléfono: | | | Fax: | | Teléfono: | |

Mi hijo asistirá las siguientes semanas:

| | | | |
|------------------------|--|-------------------------|--|
| ___ Semana de Junio 10 | | ___ Semana de Julio 22 | |
| ___ Semana de Junio 17 | | ___ Semana de Julio 29 | |
| ___ Semana de Junio 24 | | ___ Semana de Agosto 5 | |
| ___ Semana de Julio 1 | | ___ Semana de Agosto 12 | |
| ___ Semana de Julio 8 | | ___ Semana de Agosto 19 | |
| ___ Semana de Julio 15 | | | |

Quiero que mi hijo tenga clases de natación.
 (\$ 10 adicionales por semana): use las casillas de verificación para indicar qué semanas para las lecciones de natación.
 Notas: _____

Se debe completar un formulario para CADA niño.

Edad primaria: \$ 160 / semana
 Escuela intermedia: \$ 160 / semana
 Incluye costos de excursiones, almuerzos, y meriendas nutritivas.

La cuota de membresía es de \$25 por niño si su hijo no es miembro YWCA (esto es obligatorio).

Se debe pagar una cuota de inscripción de \$30 al momento de la inscripción.

Depósito no reembolsable de \$10 por niño y semana él / ella está asistiendo a un campamento de verano.

La confirmación de inscripción no está completa hasta que se paguen los depositos y la inscripción.

Acepto que el consejero puede autorizar al médico de su elección para brindar atención de emergencia en caso de que ni la familia médico ni yo podemos ser contactados inmediatamente.

(Firma de padre/tutor)

(Fecha)

Estamos de acuerdo en proporcionar transporte a un recurso médico apropiado en caso de emergencia. En una situación de emergencia, un adulto responsable supervisará a otros niños en las instalaciones. No se administrarán medicamentos sin instrucciones específicas del médico o del padre o tutor del niño. Se tomarán medidas para un descanso adecuado y apropiado y juegos al aire libre.

(Firma de padre/tutor)

(Fecha)

Lea la siguiente solicitud de permiso y escriba sus iniciales en TODAS las que correspondan:

1. ACTIVIDADES / PERMISO DE VIAJE

Mi hijo tiene permiso para ser transportado en camioneta o autobús de la escuela a YWCA y también en actividades o excursiones planificadas por YWCA High Point. Entiendo que se me notificará por escrito antes de estos viajes sobre el destino, la fecha, la hora de salida y la hora de regreso. El personal de YWCA supervisará a los niños. Acepto indemnizar, eximir de responsabilidad y liberar para siempre a los maestros, empleados, agentes y la YWCA High Point, NC de todos los reclamos, daños y lesiones incurridos y asuntos que surjan de la participación de mi hijo en el programa.

Iniciales: ____ Fecha: ____ NO PERMITIDO ____

2. PERMISO PARA NADAR EN LA PISCINA DE YWCA HIGH POINT

Mi hijo tiene permiso para participar y nadar en la piscina de YWCA High Point, NC. Los salvavidas de YWCA estarán de guardia en todo momento. Acepto indemnizar, eximir de responsabilidad y liberar para siempre a los maestros, empleados, agentes y YWCA High Point, NC de todos los reclamos, daños y lesiones incurridos y asuntos que surjan de su participación en el programa.

Iniciales: ____ Fecha: ____ NO PERMITIDO ____

3. PERMISO PARA ASISTIR AL ESTUDIO BÍBLICO EN YWCA HIGH POINT

En un intento por asegurarnos de incorporar todos los aspectos de los fundadores de YWCA en nuestro programa de desarrollo juvenil, de vez en cuando hacemos un estudio bíblico con los jóvenes.

Este estudio bíblico será simple con un enfoque en historias bíblicas y morales. Estaremos incorporando teatro, música, y/o cualquier otro tipo de multimedia que lo haga un ambiente divertido y alentador

Sí mi hijo PUEDE participar en un estudio bíblico en la YWCA.

NO mi hijo NO puede participar en un estudio bíblico en la YWCA.

Iniciales: ____ Fecha: ____ NO PERMITIDO ____

4. PERMISO PARA LA PUBLICACIÓN DE FOTOGRAFÍAS:

Acepto que YWCA High Point use fotografías de mi hijo/a sin mi nombre y/o para cualquier propósito legal, incluyendo por ejemplo, para fines de publicidad, ilustración, o contenido de la internet.

Inicial: ____ Fecha: ____ NO PERMITIDO: ____

***** He leído las 4 solicitudes de permiso en detalle y he escrito mis iniciales con total comprensión de lo que estoy dando o no estoy dando mi permiso *****

| | |
|---|---|
| <p>¿Su hijo tiene alguna condición médica o de salud especial? <i>Does your child have any medical conditions?</i></p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (<i>Por favor explique</i>)</p> <hr/> <p>¿La condición médica o de salud especial requiere que nuestro personal del YWCA realice un procedimiento, controle los síntomas de su hijo, o administre medicamentos durante el horario de cuidado?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> | <p>¿Su hijo tiene alergias a alimentos, medicamentos o al ambiente? <i>Does your child have any allergies?</i></p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (<i>Por favor explique</i>)</p> <hr/> <p>¿La(s) alergia(s) de su hijo/a requieren que el personal de la YWCA controle los síntomas, tome medidas si ocurre una reacción, o le dé medicamentos de emergencia a su hijo? (marque uno)</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> |
| <p>¿Su hijo tiene alguna restricción dietética, incluso por motivos médicos, religiosos o culturales? (Marque uno)</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (<i>Por favor explique</i>)</p> <hr/> <p>¿Esta restricción dietética requiere una dieta modificada que elimine todo tipo de leche líquida, maní o un grupo de alimentos completo?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (<i>se debe proporcionar instrucciones escritas</i>).</p> | |

Programa de campamento de verano de la YWCA

1. Acepto inscribir a mi hijo(s) en el programa de campamento de verano de la YWCA.
2. Entiendo que se debe pagar un depósito no reembolsable de \$10 en el momento de la inscripción por cada semana en la que asistirán mi hijo o hijos. Si no se paga esta tarifa, mi hijo podría ser trasladado a una lista de espera.
3. Acepto pagar mi tarifa semanal el viernes antes de que comience el campamento o pagar la tarifa por pago atrasado de \$10 el lunes del campamento.
4. Entiendo que la YWCA NO deducirá ningún día perdido durante la semana.
5. El padre/tutor acepta pagar la cuota de inscripción del programa de \$20.00 y una cuota de membresía anual de la YWCA de High Point antes de que su hijo pueda asistir al programa. Estas tarifas no son reembolsables.
6. Acepto adherirme a las políticas del Programa YWCA of High Point como se indica en el Manual Para Padres.
7. El programa está abierto de 7:30 a.m. a 6:00 p.m. Si su hijo no es recogido a las 6:00 p. m., se aplicarán cargos por retraso. Después de las 7:00 p.m., las autoridades serán notificadas.
8. Por cualquier cheque devuelto, se cobrará \$25 al padre o tutor. Usted puede rescindir este contrato, sin embargo, se debe notificar por escrito con una semana de anticipación de esta intención o se le facturará por esa semana.

(Firma del padre / tutor)

Fecha