

Unit Number: _____	Middle School _____	Elementary _____	First Day of School: _____
--------------------	---------------------	------------------	----------------------------

Application Date: _____	Start Date: _____
Weekly Rate: _____ Middle _____ Elementary	Financial Assistance Level: _____

Participante	Nombre:	Apellido:		
<b>C A S A</b>	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:

<b>P A D R E O T U T O R</b>	Nombre: <i>(Name)</i>	Apellido: <i>(Last Name)</i>	<b>P A D R E O T U T O R</b>	Nombre: <i>(Name)</i>	Apellido: <i>(Last Name)</i>		
	Dirección:			Dirección:			
	Ciudad:	Estado:		Código Postal:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
	Teléfono: <i>(Phone number)</i>	Móvil: <i>(Cell)</i>		Teléfono: <i>(Phone number)</i>		Móvil:	
	Email:			Email:			
	Lugar de Empleo:			Lugar de Empleo:			
	Posición de Empleo:	Numero Telefonico de Empleo		Posición de Empleo:	Numero Telefonico 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// Relacion al niño/a
Phone // Telefono:	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:
	Telefono:	Mobil:
	Relacion con el niño/a:	
	Nombre:	Apellido:
	Telefono:	Mobil:
Relacion con el niño/a:		

PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER SU HIJO/A	Nombre:	Apellido:
	Telefono:	Mobil:
	Relacion con el niño/a:	
	Nombre:	Apellido:
	Telefono:	Mobil:
Relacion con el niño/a:		

**Hospital o clinica de preferencia:**

D O C T O R	Nombre:	Apellido:
	Direccion:	
	Ciudad:	Estado:      Codigo Postal:
	Telefono:	Fax:

D E N T I S T	Nombre:	Apellido:
	Direccion:	
	Ciudad:	Estado:      Codigo Postal:
	Telefono:	Fax:

¿Su hijo tiene alguna condición médica o de salud especial?  
*Does your child have any **medical conditions**?*

No  
 Si (Por favor explique) \_\_\_\_\_

¿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?

Si  No   
 Si –Solicite un formulario para la administración de medicamentos.

¿Su hijo tiene alergias a alimentos, medicamentos o al ambiente?  
*Does your child have any **allergies**?*

No  
 Si (Por favor explique) \_\_\_\_\_

¿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)

Si  No   
 Si — Solicite un formulario para la administración de medicamentos.

¿Su hijo tiene alguna restricción dietética, incluso por motivos médicos, religiosos o culturales? (Marque uno)

No  
 Si (Por favor explique) \_\_\_\_\_

¿Esta restricción dietética requiere una dieta modificada que elimine todo tipo de leche líquida, maní o un grupo de alimentos completo?

No                       Sí (se debe proporcionar instrucciones escritas).

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 PONGA SUS INICIALES EN TODAS LAS QUE CORRESPONDAN:**

**1. ACTIVITY / FIELD TRIP PERMISSION SLIP**

Mi hijo tiene permiso para ser transportado en camioneta o autobús de la escuela a la YWCA y también en actividades o excursiones planificadas por la YWCA de 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 la YWCA supervisará a los niños. Acepto indemnizar, eximir de responsabilidad y liberar para siempre a los maestros, empleados, agentes y la YWCA de 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 PICINA DE LA YWCA DE HIGH POINT**

Mi hijo tiene permiso para participar y nadar en la piscina de la YWCA de High Point, NC. Los salvavidas de la YWCA estarán de guardia en todo momento. Acepto indemnizar, eximir de responsabilidad y liberar para siempre a los maestros, empleados, agentes y la YWCA de 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 LA YWCA DE HIGH POINT**

En un intento por asegurarnos de incorporar todos los aspectos de los fundadores de la 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 la YWCA de 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.

Iniciales: \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

NO PERMITIDO: \_\_\_\_

**5. PERMISO PARA OBTENER COPIAS DE REGISTROS ACADEMICOS:**

El YWCA de High Point tiene mi permiso para llamar y/o visitar la escuela de mi hijo(a) para revisar el rendimiento, tarea y conducta de mi hijo(a) con el permiso o petición del padre/madre. El YWCA de High Point además puede obtener copias de tarjetas de reporte y reportes de medio año de mi hijo(a). Inicial: \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ NO PERMITIDO: \_\_\_\_

**6. PERMISO PARA CONTACTAR AL MAESTRO(S) DEL NIÑO CUANDO SEA NECESARIO PARA INSTRUCCIONES Y/O PREGUNTAS GENERALES.** Iniciales: \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ NO PERMITIDO: \_\_\_\_

\*\*\* He leído las 6 solicitudes de permiso en detalle y he puesto mis iniciales con total comprensión de lo que estoy dando o no estoy dando mi permiso \*\*\* Iniciales: \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Obligacion de los Padres:**

1. Acepto inscribir a mi hijo/hijos en el Programa de Cuidado Después de la Escuela de YWCA. Acepto pagar mi cuota semanal.

**Por favor note que:**

Las cuentas DEBEN ser pagadas el viernes antes de asistir cada semana. Se agregará un cargo por demora de \$5 a las cuentas que no se paguen el viernes anterior a la semana de asistencia.

2. Entiendo que la YWCA NO deducirá los días perdidos.

3. El padre/tutor acepta pagar la cuota de inscripción no reembolsable del programa de \$20.00

4. El padre/tutor acepta pagar la cuota de membresía no reembolsable de la YWCA de High Point de \$25.00 por niño antes de que su hijo pueda asistir al programa.

**Monto a pagar al momento de registracion:**

Tarifa de Registro del Programa (no reembolsable)	\$30 por niño
Membresía Infantil Anual (no reembolsable) o Membresía Aquatics & Wellness	\$25 por niño
Depósito no reembolsable requerido por adelantado para la primera semana	\$60 por niño Elementary \$45 por niño Middle School
Cuota semanal para Cuidado Despues de la Escuela debe ser pagado el Viernes anterior de cada semana	\$60 por niño \$45 por niño Middle School

5. Acepto adherirme a las políticas del programa YWCA de High Point como se indica en el Manual para padres que se encuentra en la página web de YWCA.

6. Si no recogen a su hijo antes de las 6:00 p. m., se aplicarán cargos por demora de \$1.00 por minuto por niño. Después de las 7:00 pm, las autoridades serán notificadas.

7. Por cualquier cheque devuelto, se le cobrará al padre \$25. El tutor legal/padre puede rescindir este contrato, sin embargo, se debe notificar por escrito la intención con una semana de anticipación o recibirá una factura por una semana.

---

(Firma del Padre/Guardian)

(Fecha)

---

(Firma autorizada de la Directora del Programa)

(Fecha)

**IMPORTANTE:**

**La YWCA no deduce ningún día perdido de las tarifas semanales.**

**El personal, los materiales, los refrigerios y el transporte se basan en inscripción, independientemente de la asistencia.**



**Notas:**