

Formulario de Inscripción del YMCA 2012

(CADA NIÑO REQUIERE UN FORMULARIO SEPARADO)
(POR FAVOR COPIE ESTE FORMULARIO PARA OTROS NIÑOS. COMPLETE AMBOS LADOS)

Do use este formulario para los Campamentos Familiares y de Residentes.

Primer nombre del niño: _____ Apellido _____ Cumpleaños: ___/___/___
 Dirección: _____ Ciudad _____ Código Postal _____ Sexo: M F
 Teléfono en Casa: _____ Edad _____ Grado (Otoño '12) _____ Origen Etnico (Opcional) _____

Nombre del Padre/Apoderado: _____ Cumpleaños: ___/___/___
 # Trabajo: _____ # Emergencia: _____ E-mail: _____
 Empleador: _____ Occupation: _____
 Nombre del Padre/Apoderado: _____ Cumpleaños: ___/___/___
 # Trabajo: _____ # Emergencia: _____ E-mail: _____
 Empleador: _____ Occupation: _____

Pago y Cancelación del Campamento/Política de Traspasos

***Entiendo** que los depósitos del campamento no son reembolsables. Los depósitos para los programas son de la siguiente manera: Campamento de Día \$35 por semana. Los pagos semanales por completo se deben hacer 2 semanas antes de cada sesión.

***Entiendo** que mi inscripción puede ser cancelada si el balance no se paga 2 semanas antes de que comience cada sesión. Si hay espacio disponible, me puedo inscribir con un nuevo depósito de \$35.

***MEMBRESIA DEL PROGRAMA: Entiendo** que mi hijo necesita tener una membresía del Programa o Instalaciones. Entiendo que si mi hijo necesita una Membresía del Programa, los primeros \$25 que se paguen se usarán para el pago de esa membresía.

*Se pueden hacer **cancelaciones** por escrito hasta 2 semanas antes del comienzo de la sesión para recibir un reembolso menos el depósito y un cargo de procesamiento de \$15. De otra manera, los pagos hechos no serán reembolsados.

***Traspasos de Campamentos** se pueden hacer por escrito hasta 2 semanas antes del comienzo de la sesión y solo si hay espacio disponible. No se aceptarán cambios después de las 2 semanas.

***Al inscribirme para los programas indicados a continuación, entiendo y acepto las políticas mencionadas y soy responsable por los pagos:**

X

(Firma del padre/apoderado)

Pago con Tarjeta de Crédito: ___ Depósito solamente ___ Balances
 Cuando toque el pago autorizo al YMCA a que cargue la tarjeta de crédito indicada para los pagos indicados. Entiendo que se cargarán los pagos 2 semanas antes del comienzo de cada sesión y que debo notificar a la oficina por escrito antes de tiempo si los planes han cambiado y mi hijo(s) no asistirán a uno o más campamentos.

Visa/MC# _____ Exp ___/___/___

Firma **X** _____ Fecha ___/___/___

LLENE LAS SESIONES EN LAS ESTA MATRICULANDO A SU HIJO. ANOTE EL PROGRAMA Y LAS TARIFAS PARA EL MONTO TOTAL.

SESIONES <small>(Vea el folleto para las fechas de los Campamentos de Residentes/ Familiares/de Viaje)</small>	PROGRAMA	LOCACION	TARIFA	PAGO	BALANCE	FECHA DEL PAGO FINAL
Junio 11-15						Mayo 28
Junio 18-22						Junio 4
Junio 25-29						Junio 11
Julio 2-6						Junio 18
Julio 9-13						Junio 25
Julio 16-20						Julio 2
Julio 23-27						Julio 9
Julio 30 - Agosto 3						Julio 16
Agosto 6-10						Julio 23
Otro						<small>(Dos semanas antes del comienzo de cada sesión)</small>

NOTA: El participante se está matriculando en este programa del YMCA con fondos de subsidio pagados por: ___YMCA ___ Otra agencia
Se debe incluir una Carta de Aceptación del YMCA/Contrato de Agencia al momento de la inscripción.

Office Use: Payment: ___ Membership: ___ Signed HH/Waiver: ___ F/A: ___ Y ___ N
 3rd Party: ___ Y ___ N Copy: ___ Staff Sign: _____

\$25.00	TARIFA DE MEMBRESIA DEL PROGRAMA (Por favor omita si es miembro actual de las Instalaciones)
	TOTAL QUE SE DEBE
	PAGO TOTAL
	BALANCE QUE SE DEBE

YMCA OF SILICON VALLEY

RENUNCIO DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO DE INDEMNIZAR

EN CONSIDERACIÓN de ser permitido para utilizar el edificio, los servicios y programas del YMCA (o para sus hijos participen) por cualquier uso, incluso, pero no limitado para observar el uso del edificio y equipo, o participar en cualquier programa que no sea adentro del edificio o que tenga una afiliación con el YMCA. El abajo firmado, por el o ella y cualquier otro participante relacionado al otro participante relacionado al miembro/joven. Por esto reconozco y esta de acuerdo de que representa de cuando entre al edificio, inmediatamente examinara cuidadosamente y tomara consideración el establecimiento y el edificio, o cualquier programa que tenga afiliación al YMCA. Además al entrar al YMCA para observación o usar el edificio y equipo y participar en un otro programa que tenga afiliación al YMCA, constituye al reconocer el establecimiento y el uso del edificio y su equipo son examinados y considerado cuidadosamente y que el abajo firmado acepta tal igual como estar asegurado y razonable por el propuesto de cualquier observación, uso y participación por el abajo firmado y sus hijos.

ADEMAS DE SER CONSIDERADO Y DE SER PERMITIDO AL ENTRAR AL YMCA POR CUALQUIER PROPÓSITO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO PARA OBSERVAR O USAR EL EDIFICIO O EQUIPO, O PARTICIPAR EN CUALQUIER PROGRAMA AFILIADO AL YMCA, EL ABAJO FIRMADO ACEPTA LO SIGUIENTE:

1. EL ABAJO FIRMADO, A FAVOR DE SUS HIJOS, DA CONSENTIMIENTO, RENUNCIA, Y LIBERA DE NO DEMANDAR A los directores, oficiales, empleados, y agentes del YMCA de todas las responsabilidades del abajo firmado o si no a sus hijos o representantes personales, por cualquier daño o pérdida o reclamar demandas por eso en caso de algun daño a la persona o propiedad y resulta en muerte, el abajo firmado, sea que la causa si por negligencia del participante o si no pro el abajo firmado mientras el abajo firmado o sus hijos estan en el establecimiento o participar en cualquier otro programa que tenga afiliación con el YMCA.
2. EL ABAJO FIRMADO POR ESTO, ACEPTA INDEMNIZAR, CONSERVAR Y TENER INOCENCIA A cada uno de los participantes de cualquier pérdida, responsabilidad y daño o costos que pueda suceder causa de la presencia del abajo firmado o sus hijos al entrar al edificio del YMCA o para observar o usar el edificio o equipo del YMCA o participar en cualquier programa que sea afiliado con el YMCA que la causa sea por negligencia de los participantes o de otra manera.
3. EL ABAJO FIRMADO POR ESTO, ACEPTA COMPLETAMENTE RESPONSABILIDAD POR RIESGO DE DAÑO FÍSICO, MUERTE, O DAÑO A LA PROPIEDAD para el abajo firmado o sus hijos a causa de negligencia del participante o de otra manera al permanecer dentro del, edificio del YMCA y al usar el equipo o participar en cualquier otro programa que tenga afiliación con el YMCA.

EL ABAJO FIRMADO además acepta de que el precedente RENUNCIO, y CONSENTIMIENTO de INDEMNIZAR esta escrito para proponerse ser extenso e inclusivo como esta permitido por la ley del estado de California, y si cualquier proporción es inválido, es aceptado de que el balance no sera, sin embargo, completamente sera continuado en efecto obligación legal.

EL ABAJO FIRMADO HA LEIDO Y VOLUNTARIAMENTE FIRMA EL RENUNCIO DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO DE INDEMNIZAR, y además acepta de ninguna representación verbal, declaración, or incitamento aparte de renunciación del consentimiento escrito cuales se han hecho.

HE LEIDO ESTE FORMA DE RENUNCIO.

X			
Firma del Candidato/Padre	Fecha	Nombre de su hijo(a) en el Programa	Fecha
Nombre del Cadidato/Padre	Fecha	Nombre de su hijo(a) en el Programa	Fecha
X			
Firma del Candidato/Padre	Fecha	Nombre de su hijo(a) en el Programa	Fecha
Nombre del Cadidato/Padre	Fecha	Nombre de su hijo(a) en el Programa	Fecha

HISTORIA CONFIDENCIAL DE SALUD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO YMCA

Usted debe presentar el formulario de inscripción junto con el historial de salud para completar su inscripción. Se requieren copias de la cartilla de vacunación para los niños menores de 18 años de edad.

Nombre del niño(a):		Apellido:							
Dirección:		Ciudad/Estado/Código Postal:							
Teléfono:	Fecha de Nacimiento:	/	/	Grado (en el otoño de este año):					
Estatura:	Peso:	Color de cabello:	Color de ojos:	Marcas de nacimiento/cicatrices:					
<input type="checkbox"/> Caucásico	<input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Norteamericano de origen Africano	<input type="checkbox"/> Indio Americano	<input type="checkbox"/> Otro				
Talla de camiseta:	<input type="checkbox"/> Youth S	<input type="checkbox"/> Youth M	<input type="checkbox"/> Youth L	<input type="checkbox"/> Youth XL	<input type="checkbox"/> Adult S	<input type="checkbox"/> Adult M	<input type="checkbox"/> Adult L	<input type="checkbox"/> Adult XL	<input type="checkbox"/> Adult XXL
Padre/Madre/Tutor 1: Nombre:		Dirección:							
Teléfono:		Teléfono celular:		E-mail:					
Empresa en la que trabaja:		Teléfono de la oficina:							
Padre/Madre/Tutor 2: Nombre:		Dirección:							
Teléfono:		Teléfono celular:		E-mail:					
Empresa en la que trabaja:		Teléfono de la oficina:							

CONTACTOS DE EMERGENCIA DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL NIÑO(A)

En caso de una emergencia siempre tratamos de contactar primero a los padres/tutores. En caso de no poder contactar a alguno de los padres/tutores, contactaremos a otros parientes/amistades. Ninguna otra persona que no sean los padres/tutores o las personas enlistadas a continuación, podrán recoger a su hijo(a) del programa sin una nota legible, fechada y firmada por el padre/madre/tutor. **La persona que recoja a su hijo(a) deberá ser alguien de 16 años de edad o mayor. Se requiere una identificación con fotografía.**

Nombre:	No. de celular:	TEL. alternativo:	Relación:
Nombre:	No. de celular:	TEL. alternativo:	Relación:
Nombre:	No. de celular:	TEL. alternativo:	Relación:
Nombre:	No. de celular:	TEL. alternativo:	Relación:

ATENCIÓN MÉDICA (INFORMACIÓN REQUERIDA BAJO LA LEY ESTATAL)

Médico familiar:	Hospital de preferencia:		
TEL del Médico:	Dirección del Médico:		
Dentista familiar:	TEL del Dentista:		
Dirección del Dentista:			
Compañía de Seguro Médico:	Póliza #:		
Historial de Vacunación* (incluir fechas): Tétanos (Refuerzo):	Prueba de Tuberculosis (TB):	MMR:	DPT:
Si usted no vacuna a su hijo(a), favor de firmar aquí:			
Si usted no tiene seguro medico para su hijo(a), favor de firmar aquí:			

*Para los participantes en edad preescolar: Se requiere una copia de la cartilla de vacunación actualizada.

HISTORIAL DE SALUD

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Piojos	<input type="checkbox"/> Ataques de epilepsia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> ADD/ADHD
<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Sonambulismo	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Rubéola
<input type="checkbox"/> Infección en los oídos	<input type="checkbox"/> Defectos/Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Problemas de sangrado/Coagulación		
Alergias: <input type="checkbox"/> Polen	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Roble venenoso (Poison Oak)	<input type="checkbox"/> Picadura de abeja	<input type="checkbox"/> Botiquín para picadura de abeja
<input type="checkbox"/> Alimentos	<input type="checkbox"/> Fiebre de heno (Hay Fever)	<input type="checkbox"/> Otras alergias a picadura de insectos	<input type="checkbox"/> Otros medicamentos	<input type="checkbox"/> Otras alergias

Enliste otras alergias aquí:

Enliste restricciones en los alimentos aquí:

¿Existe alguna razón por la que se tenga que restringir de actividades vigorosas tales como natación, caminatas prolongadas, juegos extenuantes o paseos en la montaña rusa? SÍ NO Si su respuesta es si, por favor explique:

Enliste cirugías, heridas serias o restricciones para alguna actividad física:

Enliste los medicamentos vigentes y su propósito:

Autorización de Gastos para Medicamentos: Si su hijo(a) esta tomando actualmente algún medicamento, favor de llenar esta sección. Esto incluye medicamentos que se pueden comprar sin receta y medicamentos con prescripción medica. Por la seguridad de su hijo(a), el personal no podrá administrar ningún medicamento sin este documento. Cualquier medicamento que mande para su hijo(a) deberá estar contenido en su envase original y con las indicaciones de las dosis necesarias y/o las instrucciones del médico claramente escritas. Los medicamentos serán administrados y documentados de acuerdo a las instrucciones del envase o las instrucciones del médico.

Condición Médica:

Medicamento: Dosis necesaria: Horario/Frecuencia:

Comentarios o instrucciones:

Firma del Padre/Madre/Tutor: Fecha:

¿Está asistiendo actualmente su hijo(a) a terapia? SÍ NO Por favor, explique:

¿Requiere su hijo(a) alojamiento especial? SÍ NO Por favor, explique:

Si su hijo(a) requiere alojamiento especial, favor de contactar al Director antes de comenzar el programa.

INFORMACIÓN SOBRE NATACIÓN/FILTRO SOLAR:

Algunos de los programas de la YMCA pueden incluir actividades de natación con salvavidas certificados de guardia. Por la seguridad de su hijo(a), cada niño(a) que tenga permiso para nadar, sin importar su habilidad, tendrá que tomar previamente el examen de natación de la YMCA.

Mi hijo(a) tiene permiso de participar en las actividades de natación de la YMCA. SÍ NO

Autorizo que el personal de la YMCA le aplique filtro solar a mi hijo(a) en las partes de su piel que quedan expuestas al sol (que no están cubiertas con la ropa/traje de baño), las veces que sea necesario. SÍ NO

Para los campistas que están ingresando al 7-10mo grado: Acuerdo de Autorización del Padre/Madre/Tutor:

Esta sección es solamente para los participantes al Campamento de Jóvenes y para sus padres/tutores. Indique en qué actividades del Campamento para Jóvenes le gustaría que su hijo(a) participe.

Autorización para retirarse independientemente: Los jóvenes de 12 años en adelante pueden firmar su ingreso y salida del campamento; sin embargo, para que se les conceda este privilegio, se requiere el consentimiento de los padres/tutores.

Sí, mi hijo(a) puede firmar su ingreso/salida. No, mi hijo(a) no puede firmar su ingreso/salida.

Autorización para la supervisión independiente en los viajes de estudio: A los jóvenes se les da la oportunidad de dividirse en grupos de cuatro o más estudiantes para explorar durante los viajes de estudio, independientes del personal. Los participantes del campamento deberán de obedecer las rigurosas reglas enlistadas a continuación:

- Todos los participantes tienen la opción de permanecer con el personal de la YMCA durante el viaje de estudio.
- Todos los participantes permanecerán dentro de los límites previamente determinados durante toda la duración del viaje de estudio.
- Todos los participantes viajarán juntos en grupo de cuatro o más personas.
- Todos los participantes serán notificados de la ubicación de la base PRE-asignada en donde tendrán que reportarse con el personal de la YMCA cada 90 minutos o en caso de emergencia.
- El personal de la YMCA estará disponible en donde se localice la base durante la duración del viaje de estudio.
- Se proveerá a los participantes con instrucciones y contactos de emergencia. El personal del staff de la YMCA llevará consigo aparatos de comunicación.

El incumplimiento de cualquiera de las reglas de la YMCA resultara en la suspensión de los privilegios de la supervisión independiente (durante lo que reste de las actividades y potencialmente para futuras actividades de la YMCA.)

Sí, mi hijo(a) puede participar en el viaje de estudio bajo supervisión independiente siempre y cuando cumpla con asistencia regular.

No, mi hijo(a) necesita la supervisión constante de un adulto.

CESIÓN DE DERECHOS SOBRE FOTOGRAFÍAS:

Por medio de la presente doy mi consentimiento irrevocable y autorizo el uso y la reproducción por la YMCA, o cualquier persona autorizada por la YMCA, de cualquiera o de todas las fotografías que se hayan tomado de mi hijo(a) hasta el día de hoy -negativos y positivos- para cualquier propósito sin que yo reciba compensación alguna. Todos los negativos y positivos, junto con las copias impresas, constituyen propiedad exclusiva de la YMCA.

DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA:

Este historial médico es correcto, hasta donde tengo conocimiento, y la persona aquí mencionada tiene permiso de participar en todas las actividades prescritas en el programa. Yo estoy consciente que la YMCA of Silicon Valley no asume ninguna obligación económica en el caso de necesitarse algún tratamiento pero, en el evento de que yo no pueda ser localizado(a) durante una emergencia, por medio de la presente doy permiso al médico seleccionado por la YMCA para ordenar Rayos-X, exámenes de rutina y administrar el tratamiento adecuado, hospitalización y ordenar inyecciones y/o anestesia y/o cirugía y tratamiento de emergencia para mi hijo(a) como se menciona en este documento.

Estoy de acuerdo y entiendo las siguientes directrices: Los participantes están de acuerdo en cumplir con las reglas y reglamentos fijados por la YMCA para la salud, seguridad y bienestar de todos los niños. A los niños no se les permite fumar, masticar tabaco, poseer cualquier sustancia para fumar, alcohol, drogas ilegales, pólvora o explosivos, armas, comportamiento lujurioso y/o el tocarse de manera impropia. La destrucción de propiedad deliberadamente será responsabilidad financiera de los padres del niño(a). Los niños no abandonarán la propiedad o los límites establecidos sin el permiso del personal de la YMCA.

• Si mi hijo(a) no va a asistir al programa, daré aviso a la YMCA antes de las 8:30 AM para notificar al personal.

• Yo firmaré la entrada y salida de mi hijo(a) diariamente.

La YMCA of Silicon Valley se reserva el derecho de mandar a casa (bajo la responsabilidad de los padres/tutores, incluyendo la incursión de gastos) a quien/quienes violen estas reglas. Es responsabilidad de los padres/tutores recoger o hacer los arreglos necesarios para la transportación de su hijo(a) de regreso a casa. El Director del Programa se reserva el derecho de determinar lo que represente una violación a estas reglas y las reforzará conforme sea necesario.

La firma de los padres/tutores se requiere en la Cesión de Derechos sobre Fotografías, Derechos sobre la Información Médica y en el Acuerdo para Cumplimiento de las Políticas y Directrices de la YMCA para que su hijo(a) pueda participar en el programa.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: 

FECHA: