



FOR YOUTH DEVELOPMENT
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

YMCA del Valle de Silicon en sociedad con el Distrito de Redwood City Inscripción para el Programa Después de la Escuela

<input type="checkbox"/> Programa de Verano (Junio 13 a Agosto 5, 9:00am-12:30pm \$75 por todo el verano ó \$20 por cada semana	Camina a Casa: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Programa para después de la escuela (Agosto 2011 a Junio 2012 \$40 al mes	¿Ha estado inscrito antes? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Fecha de Inscripción ___/___/___ **Año Escolar** _____

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO/A _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ M H ORIGEN ETNICO _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

CIUDAD _____ CP _____ GRADO (en septiembre) _____

NOMBRE DE LA ESCUELA _____ MAESTRO(A) _____

BILINGÜE SI NO Si su respuesta es SI ¿Qué idiomas habla? _____

PADRE/TUTOR _____ TEL. Trabajo _____ Celular: _____

PADRE/TUTOR _____ TEL. Trabajo _____ Celular: _____

Dirección de E-mail _____

Vive con: Madre Padre Ambos Abuelos Otro: _____

◆ Entiendo que el costo mensual de las clases es de: \$ _____

OPCIONES DE PAGO (elija una)

Pago total por todo el año
Al momento de la inscripción

Pagos Mensuales
A pagar el día 20 del mes previo al servicio

Fondos de Transferencia
Electrónica Tarjeta de Crédito
Día 20 previo al servicio

Por favor lea lo siguiente y firme a continuación:

Yo, el padre o tutor que firma abajo, certifico que la siguiente información, así como la información en el Formulario de Salud, en la Exención de Responsabilidad y en el Acuerdo de Padres es correcta y completa y doy mi consentimiento para que el(la) menor arriba mencionado participe en el programa. *Entiendo que todas las cuotas se vencen el día 20 del mes previo al servicio.* Reconozco que cualquier persona que aparece en la lista puede firmar para recoger a mi hijo/a. Entiendo que estoy inscribiendo a mi hijo/a en un programa de enriquecimiento educativo y recreativo, **NO** en una guardería.

Firma del Padre/Tutor

Firma del Padre/Tutor

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL YMCA

Dirija todos los pagos a:
Business Resource Center
YMCA of Silicon Valley
1922 The Alameda, 3rd Floor
San Jose, CA 95126

EL YMCA DEL VALLE DE SILICON
Renuncio de Responsabilidad Y Consentimiento de Indemnizar
Miembro/Joven

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 reconoce 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.

ADEMÁS 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 algún 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 INDEMINIZAR, 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 INDEMINIZAR esta escrito para proponerse ser extenso e inclusivo como esta permitido por la ley del estado de California, y si cualquier porción 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 INDEMINIZAR, y además acepta de ninguna representación verbal, declaración, or incitamento aparte de renunciación del consentimiento escrito cuales se han hecho.

He leído este forma de renuncio.

Firma del Candidato/Padre

Nombre de su hijo(a) en el Programa

Fecha

Nombre del Candidato/Padre

Nombre de su hijo(a) en el Programa

Fecha

FORMULARIO CONFIDENCIAL DE HISTORIAL DE SALUD Y DE CONSENTIMIENTO DE LA YMCA 2010

Todos los participantes deberán presentar la siguiente documentación al momento de registrarse: formas de inscripción completas, formulario de historial de salud y copias legibles de las tarjetas del seguro médico. Se requieren copias de la tarjeta de vacunación para los menores de 18 años.

Nombre del Niño(a): Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: / / _____ Grado (Otoño '10): _____

Altura: _____ Peso: _____ Color de cabello: _____ Color de ojos: _____ Marcas de nacimiento/cicatrices: _____

Norteamericano de Origen Africano Asiático/Isleño del Pacífico Caucásico Hispano Indio Americano Otro

Padre/Tutor 1: Nombre: _____ Dirección: _____

TEL. Casa: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Empresa en la que trabaja: _____ TEL oficina: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padre/Tutor 1: Nombre: _____ Dirección: _____

TEL. Casa: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Empresa en la que trabaja: _____ TEL oficina: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER AL PARTICIPANTE

En caso de una emergencia siempre tratamos de contactar primero a los padres/tutores. En el caso de que no podamos contactar al padre/tutor, necesitaremos contactar por lo menos a dos (de preferencia a tres) amigos/parientes. Ninguna otra persona - que no sean los padres/tutores - que no aparezca en la lista podrá recoger a su hijo(a) del programa sin una nota legible, con fecha y firmada por el padre/tutor. Favor de mandar a alguien de **16 años de edad o mayor** a recoger a su hijo(a). **Se requiere una identificación con fotografía.**

Nombre: _____ Celular: _____ TEL alternativo: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Celular: _____ TEL alternativo: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Celular: _____ TEL alternativo: _____ Relación: _____

Nombre: _____ 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 Vacunas (incluyendo 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 médico para su hijo(a), favor de firmar aquí: _____

HISTORIAL DE SALUD

Asma Piojos Ataques de epilepsia Diabetes ADD/ADHD
 Sarampión Sonambulismo Tuberculosis Varicela Rubéola
 Infecciones de los oídos Defectos/Enfermedades del corazón Problemas de sangrado/Coagulación

Alergias: Polen Penicilina Zumaque venenoso (Poison Oak) Picadura de abeja Botiquín para picadura de abeja
 Alimentos Fiebre del Heno Otras picaduras de insectos Otros medicamentos ¿Otras alergias?

Enliste otras alergias: _____

Enliste restricciones en los alimentos: _____

¿Existe alguna razón por la cual se tenga que restringir de actividades vigorosas tales como natación, caminatas prolongadas, juegos extenuantes, paseos en la montaña rusa? SI NO

Si la respuesta es SI, explique: _____

Enliste operaciones, heridas serias o restricciones para la actividad física: _____

Enliste los medicamentos vigentes y su propósito: _____

Autorización de Gastos para Medicamentos: Si su hijo(a) está tomando actualmente algún medicamento(s) favor de llenar esta sección. Esto incluye medicamentos que se pueden comprar sin receta y medicamentos con receta. Por la seguridad del niño/niña, no podemos permitir que el personal del staff administre medicamentos sin tener este documento. Todas las dosis que sean enviadas al programa, tendrán que estar contenidas en su envase original con las indicaciones de las dosis necesarias y/o las instrucciones del médico claramente rotuladas en el envase. Las dosis serán administradas y documentadas de acuerdo a las instrucciones del envase a menos que el médico indique lo contrario.

Condición Médica: _____

Medicamento: _____ Dosis necesaria: _____ Horario: _____

Comentarios o instrucciones: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

¿Su hijo(a) está asistiendo a terapia actualmente? SI NO Por favor, explique:

¿Su hijo(a) requiere alojamiento especial? SI NO Por favor, explique:

Favor de contactar al Director **antes** de comenzar el programa si es necesario el alojamiento especial.

INFORMACIÓN SOBRE NATACIÓN / FILTRO SOLAR

Los programas del YMCA pueden incluir actividades de natación con salvavidas certificados de turno. Cada niño con permiso de nadar, participara en una prueba de natación antes de nadar.

Mi niño(a) tiene permiso de participar en actividades de natación del YMCA. SI NO

El **YMCA puede aplicar protector solar** a la piel expuesta al sol del mi niño(a) (no cubierta por ropa/traje de baño), cuando sea necesario. SI NO

CESIÓN DE DERECHOS SOBRE FOTOGRAFÍAS

Por medio de la presente doy mi consentimiento irrevocable y autorizo el uso y reproducción por la YMCA, o cualquier persona autorizada por la YMCA, ya sea de cualquiera o de todas las fotografías que se hayan tomado de mi hijo(a), 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 MÉDUCA

El historial médico es correcto, hasta donde tengo conocimiento, y la persona aquí mencionada tiene permiso de comprometerse en todas las actividades prescritas en el programa. Yo estoy consciente que la YMCA del valle del Silicio no asume ninguna obligación económica en el caso de algún tratamiento pero, en el evento de que yo no pueda ser localizado en una emergencia, por medio de la presente doy permiso al médico escogido por la YMCA de ordenar Rayos-X, exámenes de rutina, conseguir el tratamiento adecuado, hospitalización y ordenar inyecciones y/o anestesia y/o cirugía y tratamiento de emergencia para mi hijo 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 a favor de la salud, seguridad y bienestar de todos los niños. No se les permite fumar, masticar tabaco, poseer cualquier material para fumar, alcohol, drogas ilegales, petardos o explosivos, armas, el comportamiento lujurioso y 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 permiso del personal del staff de la YMCA.

La YMCA del valle del Silicio se reserva el derecho y mandará a casa A QUIEN(ES) SEA NECESARIO (bajo la responsabilidad de los padres/tutores, incluyendo la incursión de gastos) cuando viole estas reglas. Es responsabilidad del padre/tutor el 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 representa una violación a estas reglas y hará que se respeten 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 Cumplir las Políticas y Directrices de la YMCA para que su hijo(a) pueda participar en el programa.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: 

FECHA:

YMCA DEL VALLE DE SILICON VALLEY

PROGRAMA AFTERSCHOOL

POLITICA PARA LA SALIDA ANTES DEL HORARIO ESTABLECIDO

La comunidad reconoce el horario y criterio de salida de los programas mediante el Proyecto de Ley 2324 adecuado para los Centros *Afterschool* de la YMCA. Los Centros estarán abiertos por lo menos durante 3 horas, 5 días a la semana, de lunes a viernes, y supervisados por el personal hasta las 6:00 p.m. Los Centros *Afterschool* de la YMCA cubrirán las necesidades de los estudiantes de acuerdo con el criterio anteriormente mencionado. Sin embargo, es debidamente reconocido por los comités de asesoramiento y de plantel, que el criterio establecido no provee la seguridad y los intereses de todos los estudiantes y sus familias. Nuestra YMCA y los comités de asesoramiento han decidido establecer una política razonable y equitativa para la salida antes del horario establecido que se aplica a todos los programas *Afterschool* que están subsidiados por becas. Reconociendo que la seguridad de los estudiantes es la principal responsabilidad de todas las personas asociadas con el programa, la YMCA ha elegido fijar, de acuerdo con la **AB 2324**, la siguiente política para la salida antes del horario establecido:

El niño(a) podrá ser recogido del programa *Afterschool* antes del horario establecido -a las 6:00 PM-tomando en cuenta las siguientes condiciones:

1. Si el niño(a) asiste a un “programa en paralelo” (programas tales como: fútbol (*soccer*), básquetbol, ajedrez, etc.) dentro de las instalaciones de la escuela. Un acuerdo con los padres y la documentación de inscripción hace de este programa en paralelo, un componente de enriquecimiento para el niño(a).
2. Días regulares de escuela en los que la hora de salida sea entre la 1:30 y las 3:00 y el niño(a) tenga que permanecer en el programa durante tres o más horas ese día (por ejemplo: el niño(a) puede retirarse a las 5:00 p.m. si la hora regular de salida de la escuela es a las 2:00 p.m.).
3. Emergencias familiares (como el fallecimiento de un familiar, accidentes graves, etc.).
4. Citas con el médico.
5. Condiciones atmosféricas o en casos cuando obscurece más temprano, sobre todo si el niño(a) camina de regreso a casa.
6. Accidentes que le ocurran al niño(a) durante el horario de programa (el personal del staff informará al padre o guardián).
7. Circunstancias familiares personales que hagan necesario que el niño(a) tenga que salir temprano por su bien o por el bien de la familia.
8. Otras condiciones recomendadas por la escuela (especialmente si están relacionadas con la seguridad de los niños). Un ejemplo podría ser el transporte en autobús escolar, especialmente si el tomar el autobús implica que el niño(a) llegue a casa cerca de las 7:00 p.m. si sale a las 6:00 p.m.

Fecha: _____

Firma del Padre/Guardián: _____

Firma del Coordinador del Plantel: _____

Propósito para la salida antes del horario establecido: _____



Nombre del Estudiante: _____
Apellido, Nombre

Acuerdo de Padres para el Programa *After School* de la YMCA

Por favor lea la siguiente información cuidadosamente. Usted tendrá que firmar al final de la hoja indicando que entiende y está de acuerdo con lo siguiente:

1. **Inscripción:** La inscripción es limitada. Esperamos tener suficiente espacio para todos los estudiantes que deseen participar en el Programa *After School* de la YMCA, sin embargo, no siempre podemos dar cabida a todos. Después de haber recibido sus documentos, el director del plantel le llamará para informarle si su hijo/a va a participar en el programa y la fecha en que él/ella puede empezar.
2. **Asistencia:** La asistencia constante es importante. *A los estudiantes con tres (3) faltas injustificadas se les podrá pedir que abandonen el programa.* Los estudiantes pueden asistir al programa solamente en los días en que asistan a la escuela. Los estudiantes deben permanecer en el programa hasta las 6:00 PM. Aquellas situaciones en que los estudiantes tengan que salir temprano serán revisadas, caso por caso, de acuerdo con la política de salidas antes del horario establecido.
3. **Al recoger al estudiante:** Los estudiantes que estén participando en el Programa *After School* de la YMCA deberán de ser recogidos por usted o por alguien designado por usted en la hoja de registro. Su hijo/a debe de ser recogido puntualmente al terminar el programa. Si su hijo/a no ha sido recogido al final del programa, un miembro del staff lo contactará y/o a alguna de las personas designadas como contactos de emergencia. *Cuatro retrasos pueden causar que se le pida que el estudiante abandone el programa.*
4. **Disciplina:** La participación en el Programa *After School* de la YMCA es un privilegio. Los estudiantes deben obedecer las reglas del programa, las cuales coinciden con las reglas de la escuela. Usted y su hijo/a deberán firmar el *Acuerdo de Manejo del Comportamiento de la YMCA* como parte de la inscripción. El comportamiento negativo o irrespetuoso hacia otros estudiantes o personal del staff es motivo de suspensión o destitución del programa. Le recomendamos que platique con el Director del Plantel acerca de sus preocupaciones acerca del comportamiento de su hijo/a.
5. **Apoyo de los Padres:** Aún cuando el personal del staff de la YMCA son personas calificadas y comprometidas, necesitamos y agradecemos su ayuda para obtener lo mejor de este programa. Usted es parte importante para el éxito de nuestro programa, y esperamos su ayuda en los eventos, actividades, excursiones, así como ofreciendo autoría y ayuda para otros proyectos.

Firma del Padre/Tutor *Fecha*

Firma del Padre/Tutor *Fecha*

ACUERDO DE APRENDIZAJE FAMILIAR

Estudiante

- Asistiré al programa todos los días que vaya a la escuela y me quedaré hasta que el programa se termine.
- Participaré activamente en las actividades del programa.
- Obedeceré las reglas de la escuela y del programa.
- Me registraré con un miembro del staff todos los días.
- Me respetaré a mí mismo y a los demás.
- Respetaré los recursos y materiales de la escuela, el programa y de los demás.
- Terminaré las tareas de la escuela y pediré ayuda cuando la necesite.
- Seré un buen ciudadano.
- Leeré en casa por lo menos 15 minutos diarios.

Padre/Tutor

Apoyaré el desarrollo académico y socio-cultural de mi estudiante al:

- Asegurarme que asistirá al programa todos los días hasta que este termine.
- Mantener buena comunicación con el personal del staff del Programa *After School*.
- Recoger puntualmente a mi hijo/a.
- Fomentar que mi hijo/a lea en casa por lo menos 15 minutos diarios.
- Proveer tiempo de paz y tranquilidad para el estudio así como fomentar buenos hábitos del mismo.
- Hablar con mi hijo/a acerca de la escuela y sobre las actividades después de la escuela, así como revisar su tarea diariamente.

Firma del Estudiante

Fecha

Firma del Padre/Tutor

Fecha

