



FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY



NO HAY ESCUELA NO HAY PROBLEMA CUANDO NO HAY ESCUELA, HAY CAMPAMENTO

Días del programa No Hay Escuela

Northside YMCA

**Aceptamos registros para
DÍAS DE CAMPAMENTO de 2017-
18**

**Los días que muchas escuelas en
la comunidad no tienen clases,
YMCA ofrece cuidado supervisado
para los hijos de 4 a 12 años.
Registre a su hijo para un día
divertido lleno de actividades
como juegos, deportes y arte. Se
ofrece merienda.**

**Los hijos deben traer un
almuerzo frío, un traje de baño y
una toalla cada día.**

**No se aplican descuentos para hijos
adicionales.*

Ejemplo del horario del programa No Hay Clases:

7:00 - 9:00am	Llegada, merienda y juego libre
9:00 - 10:30am	Actividad en grupos grandes
10:30am - 12:00pm	Tiempo libre para el gimnasio
12:00 - 12:30pm	Almuerzo
12:30 - 1:30pm	Descanso, lectura y recreo
1:30 - 3:30pm	Natación/actividad enriquecedora
3:30 - 5:00pm	Arte
5:00 - 6:00pm	Tiempo libre y recogida

Favor de llegar antes de las 9 de la mañana o contacte al director si llegará tarde.

Pago, tarifas y otra información:

\$34/Día completo

Devuelve este formulario relleno en cualquier recepción de la YMCA a más tardar siete días antes de la fecha de inscripción.

Se tiene que hacer pago a la hora de registrarse. Aceptamos ayudas del estado y condado, WI Shares. Número del proveedor: 1000558721

Northside YMCA, ubicación #069

El programa es de las 7:00am a las 6:00pm.

Necesitamos un mínimo de doce hijos registrados antes de la fecha límite para empezar el programa.

Se necesita una identificación con fotografía para recoger a su hijo del programa.

Mi hijo está en el programa de Edad Escolar de la YMCA para el año escolar 2018-19. (No se necesita ni un historial médico ni un plan para emergencias.)

Mi hijo ha asistido al programa No Hay Clases durante el año escolar y ya rellené un formulario de historial médico.

Mi hijo es NUEVO este año escolar (de agosto de 2018 a mayo de 2019). (Se debe rellenar un historial médico y un plan para emergencias. Ver documento adjunto.)

Días del programa No Hay Clases

Favor de elegir los días deseados:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 28 de septiembre | <input type="checkbox"/> 25 de enero |
| <input type="checkbox"/> 12 de octubre | <input type="checkbox"/> 15 de febrero |
| <input type="checkbox"/> 19 de octubre | <input type="checkbox"/> 18 de febrero |
| <input type="checkbox"/> 22 de octubre | <input type="checkbox"/> 19 de febrero |
| <input type="checkbox"/> 6 de noviembre | <input type="checkbox"/> 8 de marzo |
| <input type="checkbox"/> 16 de noviembre | <input type="checkbox"/> 15 de marzo |
| <input type="checkbox"/> 26 de noviembre | <input type="checkbox"/> 18 de marzo |
| <input type="checkbox"/> 7 de diciembre | <input type="checkbox"/> 2 de abril |
| <input type="checkbox"/> 26 de diciembre | <input type="checkbox"/> 15 de abril |
| <input type="checkbox"/> 27 de diciembre | <input type="checkbox"/> 16 de abril |
| <input type="checkbox"/> 28 de diciembre | <input type="checkbox"/> 17 de abril |
| <input type="checkbox"/> 2 de enero | <input type="checkbox"/> 18 de abril |
| <input type="checkbox"/> 3 de enero | <input type="checkbox"/> 19 de abril |
| <input type="checkbox"/> 4 de enero | <input type="checkbox"/> 22 de abril |
| <input type="checkbox"/> 21 de enero | |

Necesitamos un mínimo de **doce (12)** hijos inscritos antes de la fecha límite para empezar el programa.

Se cobrará a los padres por todos los días elegidos a menos que entreguen un cambio de horario a un personal de la YMCA siete días antes de hacer el cambio.

PROGRAMA DE ANTES Y DESPUÉS DE LA ESCUELA

Trabajamos en 28 escuelas ubicadas en los alrededores de Milwaukee. Favor de llamar a 414-274-0759 para ver si hay una cerca de usted.

ASISTENCIA FINANCIERA

YMCA tiene becas que están disponibles a petición de la familia cuando ésta enfrenta dificultades financieras. Aceptamos ayudas del estado y condado, Wisconsin Shares. Para ubicación y número del proveedor, por favor llame a 414-274-0759.

COMO REGISTRARSE

Por favor complete el formulario de registro de dos páginas con claridad e imprime la información solicitada en CADA línea del formulario incluyendo el método de pago. La información de vacunas es necesaria. Formularios de registro incompletos no serán procesados. **Un correo electrónico será enviado una vez que el registro haya sido completado.**

HAY TRES MANERAS PARA REGISTRARSE:

EN LÍNEA

Nuevo en el otoño del 2018, inscríbese en línea en ymcamke.org para el programa de Antes y Después de la Escuela.

CORREO

Por favor, escanee y envíe todos los formularios completos e información de pago al correo electrónico schoolage@ymcamke.org.

ENTREGA

Puede entregar el formulario completo con el pago en cualquier lugar de YMCA de Metro Milwaukee: Rite-Hite Family YMCA, Northside YMCA, Parklawn YMCA o Downtown YMCA.

OPCIONES DE PAGOS

- Me gustaría que la YMCA cargue mi tarjeta de crédito \$_____ el 1ro de cada mes.
- Me gustaría usar mi cuenta bancaria de cheques/ahorros para hacer el giro bancario de mi pago mensual por la cantidad de \$___ el 1ro de cada mes o a la hora de registrarse.

Firma del padre o de la madre / del tutor (a)

Fecha _____

YMCA de Metro Milwaukee Programa de Edad Escolar

NÚMERO DEL MIEMBRO _____

Un formulario por hijo. Para cada año escolar, se debe llenar un nuevo registro.

Información del hijo

Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____ Género M F Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___
 Este será el ___ año para mi hijo en YMCA Edad Escolar Edad (al empezar el programa) _____ El hijo vive con Madre Padre Ambos Otra persona _____

Información del padre/de la madre o del tutor – Se debe poner a los dos o usar N/A si no corresponde.

#1 Padre/Tutor Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____ Género M F Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___
 Dirección de la casa (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) _____

Mi dirección ha cambiado durante el año escolar. Número de la casa: _____ Correo electrónico _____

¿Dónde podemos localizarlo mientras su hijo esté en programas de YMCA Edad Escolar? Número del Trabajo: _____ Número del celular: _____

Dirección durante el día _____

Mi método de comunicación preferido Celular Correo electrónico

#2 Padre/Tutor Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____ Género M F Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___

Dirección de la casa (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) _____

Mi dirección ha cambiado durante el año escolar. Número de la casa: _____ Correo electrónico _____

¿Dónde podemos localizarlo mientras su hijo esté en programas de YMCA Edad Escolar? Número del Trabajo: _____ Número del celular: _____

Dirección durante el día _____

Mi método de comunicación preferido Celular Correo electrónico

Contactos de emergencia-personas autorizadas para recoger a su hijo

Debe ser alguien además de los padres/del tutor. *Puede añadir personas adicionales en un documento separado.

#1 Nombre del contacto _____ Apellido _____ Relación con su hijo _____

Dirección de la casa (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) _____

Números: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

#2 Nombre del contacto _____ Apellido _____ Relación con su hijo _____

Dirección de la casa (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) _____

Números: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

12 Preguntas médicas y del comportamiento para ayudarnos a proveer el mejor cuidado posible (TODAS las líneas DEBEN ser llenadas. Si algo no corresponde, por favor use N/A)

1. Su hijo tiene o ha tenido cualquiera de las siguientes, si es así, por favor explique

- Asma Autismo Diabetes
- ADD/ADHD Epilepsia/Convulsiones Parálisis Cerebral /Trastorno de Motor
- Dificultades de aprendizaje **NONE (QUESTIONS 1-8)**

Restricciones dietéticas _____

Alergias de alimentos/leche _____

Si su hijo es alérgico(a) a la leche, adjunte una declaración médica que indique una alternativa aceptable.

Dificultades gastrointestinales, incluyendo la dieta y suplemento especial _____

Alergias no alimentarias _____

Estado de visión, la audición y el habla _____

Otras condiciones que requieran un cuidado especial _____

2. Los factores desencadenantes que pueden causar cualquiera de los problemas anteriormente (especifique) _____

3. Los signos o síntomas que se pueden observar _____

4. Los pasos que el proveedor debe seguir para el cuidado del estudiante _____

5. Identifique el empleado a quien se le dio formación/instrucciones especializadas _____

6. ¿Cuándo desearía que se le informara con respecto a los síntomas o la falta de respuesta al tratamiento? _____

7. ¿Cuándo considera usted que la condición requiere atención médica o reevaluación? _____

8. Información adicional que pueda ser útil para nosotros _____

9. Números de emergencias

Nombre del médico _____ Teléfono _____

Dirección _____

10. Lista el MES, DÍA Y AÑO que el niño recibió cada una de las siguientes inmunizaciones. NO UTILICE una (√) o (x). Si usted no tiene una tarjeta de vacunas para este niño, póngase en contacto con su médico o departamento de salud local para obtener los registros.

TIPO DE VACUNAS	1era Dosis (M/D/A)	2da Dosis (M/D/A)	3era Dosis (M/D/A)	4a Dosis (M/D/A)	5a Dosis (M/D/A)
Difteria-Tétano-Tos Ferina Especifique DTP, DTaP, o DT					
Polio					
Hib (Haemophilus Influenzae tipo B)					
Vacuna neumológica conjugada (PCV, por sus siglas en inglés)					
Hepatitis B					
Sarampión-Paperas-Rubéola (MMR, por sus siglas en inglés)					
Varicela-La vacuna de varicela se requiere solo si el niño no ha tenido varicela.					¿Este estudiante alguna vez ha tenido varicela? Marque la casilla correspondiente e indique el año, si lo sabe. <input type="checkbox"/> Sí; Año _____ <input type="checkbox"/> No o Inseguro(a) (Requiere vacuna)

Mi hijo no cumple con todos los requisitos de inmunización. Documento debidamente firmado debe ser presentado renunciando por problema de salud, convicción religiosa o personal antes de comenzar el programa. Visite ymcamke.org para obtener el documento.

11. ¿Está tomando algún medicamento su hijo actualmente? Sí No

Si es afirmativo, ¿qué tipo y por qué? _____

Si el medicamento debe ser administrado durante el programa de la YMCA, se debe rellenar un formulario con permiso para administrar medicamentos. Visite ymcamke.org para obtener el documento.

12. Protector solar / Repelente de insecto (si es proporcionada por uno de los padres cada botella debe estar etiquetada)

- Autorizo al personal a aplicar protector solar a mi hijo
 - Autorizo al personal a que permita que mi hijo se aplique protector solar
 - Mi hijo puede usar cualquier protector solar proporcionado por el programa de Edad Escolar de la YMCA (NO-AD Brand SPF 30) si ya no tiene o el suyo está perdido.
- Si no, solo permitiré que mi hijo use el protector solar proporcionado por los padres:
 Nombre de la marca _____ Intensidad _____
- Autorizo al personal a aplicar repelente a mi hijo.
 - Autorizo al personal a que permita que mi hijo se aplique repelente
 - Mi hijo puede usar cualquier repelente proporcionado por el programa de Edad Escolar de la YMCA (Off Brand 25% DEET) si ya no tiene o el suyo está perdido
- Si no, solo permitiré que mi hijo use el repelente proporcionado por los padres:
 Nombre de la marca _____ Intensidad _____

Nombre del estudiante _____

Ubicación de la escuela _____

Autorización de padres/del tutor legal

Sí **No** Por la presente doy mi consentimiento para atención médica de emergencia o tratamiento solo si no puedo ser localizado inmediatamente. Autorizo al personal de la YMCA/voluntarios a administrar los primeros auxilios. Se hará todo lo posible para contactar a los padres o al tutor legal inmediatamente. Entiendo que al firmar este formulario, acepto liberar a la YMCA de Metro Milwaukee de cualquier responsabilidad por riesgos de enfermedad, accidentes o lesiones.

Sí **No** He tenido la oportunidad de revisar las políticas de este programa de Edad Escolar y un resumen de las reglas del estado de Wisconsin para centros de cuidado. Un manual para padres y las reglas de licencia del estado están disponibles en nuestro programa y en nuestro sitio web www.ymcamke.org.

Sí **No** Doy permiso para que mi hijo participe en excursiones y otras actividades durante las del programa.

Transportación **Caminando** Doy permiso para que mi hijo camine de su salón al programa después de clases en la tarde.

Si se añaden las mascotas al programa, los padres serán notificados con antelación.

Para la participación de mi hijo en las actividades patrocinados por, o cualquier asunto relacionado con la YMCA de Metro Milwaukee, por la presente doy permiso y consentimiento, ahora y por todo el tiempo (sin ninguna compensación adicional, reclamo o demanda por mí) a la YMCA de Metro Milwaukee, y a cualquier agencia de publicidad, entidades y terceros que colaboran con la YMCA de Metro Milwaukee y sus representantes, en su caso (organizaciones) para hacer, reproducir, editar, difundir o retransmitir cualquier película de video, metraje y otras grabaciones de audio o foto reproducidas de mí y del testimonio de mi experiencia con las actividades de la YMCA ("Materiales") para su publicación, exhibición, venta o exposición de los mismos en las promociones, la publicidad y los negocios legítimos utilizados sin ninguna compensación adicional para mí.

Entiendo que la YMCA de Metro Milwaukee se reserve el derecho de retirar al hijo del programa si, a la discreción de la YMCA, la inscripción del hijo afecta negativamente la integridad del programa y/u obligaciones legales de la YMCA a través y bajo la División de Niños y la Familia (DCF-251).

Firma del padre/del tutor legal _____

Fecha _____

Opciones de pagos

Pagos privados y MI WI Child Care/ pagos de 3ra parte tienen que seleccionar una de los siguientes formas de pago, a fin de completar su registración.

Me gustaría que la YMCA cargue mi tarjeta de crédito \$_____ el 1ro de cada mes.

Información de tarjeta de crédito/débito

Imprima su nombre tal como aparece en su tarjeta _____

Número de tarjeta de crédito _____

Fecha de expiración _____ Código postal _____

-0-

Me gustaría usar mi cuenta bancaria de cheques/ahorros para hacer el giro bancario de mi pago mensual por la cantidad de \$_____ el 1ro de cada mes o a la hora de registración.

Información de cuenta bancaria

(Por favor adjunte un cheque anulado para verificarlo y procesarlo.)

Imprima su nombre tal como aparece en su cuenta bancaria _____

Número de enrutamiento _____ Número de cuenta _____

Cuenta de cheques Cuenta de ahorros

Acuerdo de MYWICChildCare

_____ Recibo el beneficio de MYWICChildCare. Iniciaré mi pago el primero de cada mes usando MYWICChildCare EBT Edge.

_____ Entiendo que soy responsable de pagar el saldo adeudado al proveedor de cuidado infantil no cubierto (porción de los padres). He seleccionado un método de pago de tarjeta de débito/ crédito o pago automático y he proporcionado la información necesaria (arriba) para cubrir cualquier pago adicional no cubierto por MYWICChildCare u otro beneficio de tercera parte.

Acuerdo de autorización de tarjeta de crédito/débito (Favor de apuntar sus iniciales para identificar que usted entiende las frases a continuación)

_____ Por la presente autorizo a la YMCA de Metro Milwaukee a cargar a mi tarjeta de crédito/débito mencionada arriba o iniciar el giro bancario automático usando la institución bancaria mencionada arriba.

_____ Todos los pagos han sido programados para ser sacados el 1ero de cada mes que hay el programa de Edad Escolar. Si usted desea hacer el pago completo en este momento, favor de decirnoslo. Debe hacer su pago a la hora de registrarse si usted lo hace después del primer día del mes.

_____ Entiendo que es mi responsabilidad revisar mi tarjeta de crédito/débito o cuenta bancaria e informar a la oficina de Edad Escolar cualquier discrepancia dentro de 10 días del giro en cuestión.

_____ Entiendo que estoy comprometido financieramente por todos los pagos. Si mi pago no está hecho por la institución financiera por alguna razón, acepto ser responsable por el pago más un cargo por servicio de \$30 evaluado por la YMCA. Si el pago completo no está hecho, acepto pagar todas las tarifas adicionales incurridas por la recogida de fondos.

_____ Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la YMCA de Metro Milwaukee sobre cualquier cambio de información en mi cuenta bancaria o tarjeta de crédito/débito, incluyendo la fecha de expiración. Se debe entregar los cambios de manera escrita en un mínimo de 10 días por adelantado de la fecha de facturación.

Este acuerdo permanecerá en efecto hasta que el programa haya terminado, la YMCA de Metro Milwaukee reciba notificación escrita de cancelación por adelantado de dos semanas de mi parte, o hasta que yo presente un nuevo formulario de pago bancario dando permiso a la YMCA de Metro Milwaukee.

Se pueden encontrar los números del proveedor y ubicación listados en formularios de registros/de información o se puede llamar a la oficina de Edad Escolar al (414-274-0759) para obtener estos números.

Apruebo esta aplicación, autorizo los pagos por los medios especificados arriba y certifico que el solicitante es capaz de participar en este programa. Entiendo que al firmar este formulario, soy responsable por todas las tarifas del programa de Edad Escolar de la YMCA. Entiendo que la tarifa de registro no es ni transferible ni reembolsable. Entiendo que las tarifas del programa de Edad Escolar deben ser pagadas mensualmente y por adelantado. Entiendo que al no pagar honorarios a tiempo, esto puede llegar a una multa de \$10 por semana. Entiendo que las tarifas se establecen según el horario y no la asistencia. Éstas son cuotas mensuales fijas sin crédito por tiempo libre, vacaciones, días feriados, ausencias por enfermedad o por conducta. Estoy obligado a dar un aviso de cuatro semanas para un cambio de horario permanente y/o retiro el cual afecta el número de días que mi hijo asiste al programa de Edad Escolar. Los ajustes a las tarifas mensuales serán hechos cuatro semanas después de la primera fecha de notificación al servicio al cliente. Entiendo que cualquier cambio de horarios tiene que ser por escrito al correo electrónico o dirección postal mencionado en este folleto. Tras la solicitud, el servicio al cliente de la YMCA mandará un correo electrónico o una llamada telefónica.

Firma del padre/del tutor legal _____

Fecha _____