



PAUTAS

- Este formulario es solo para las familias que se inscribieron en el Programa extracurricular de la YMCA en el año lectivo 2023-2024 y que regresan para el año lectivo 2024-2025.
- El paquete de 2024-2025 del niño/la niña tendrá que ser revisado por un tutor legal con el Director Local de la YMCA para garantizar la exactitud de la información antes de firmar este formulario de verificación.
- Además de completar este formulario, las familias deberán completar el proceso de inscripción en línea para poder inscribirse oficialmente en el programa.

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Escuela: _____ Grado (indique con un círculo): K 1 2 3 4 5 6 7 8

Apellido del participante: _____ Nombre: _____

CONFIRMACIÓN DE REVISIÓN DEL PAQUETE DE INSCRIPCIÓN, ACTUALIZACIÓN Y ACUERDO CON LAS POLÍTICAS

Yo, (tutor legal, nombre en letra de imprenta), _____ he revisado el paquete de inscripción del Programa extracurricular 2024-2025 para (nombre del niño/la niña) _____. Confirmando que acepto el contenido en virtud del ACUERDO DE PAGO Y POLÍTICAS. Usando las hojas de trabajo adjuntas, he marcado cada sección como correcta o he incluido cualquier información nueva o diferente en el reverso de este formulario.

Reconozco que he recibido el Manual para padres 2024-2025, entiendo las políticas y pautas del programa y me comprometo a cumplirlas. Si tengo alguna pregunta o inquietud, me pondré en contacto con el Director del Programa. Entiendo que el personal hace todo lo posible para proporcionar un programa de calidad, pero además es importante que los participantes y los padres sigan todas las reglas, pautas y procedimientos para que el programa sea una experiencia exitosa para todos.

Firma del tutor legal: _____ Fecha: _____

Aclaración de firma del tutor legal: _____

Firma del director del programa extracurricular/director local de la YMCA: _____

Fecha: _____

REVISIÓN DEL PAQUETE DE INSCRIPCIÓN

Por favor, revise cada sección y marque que la información incluida en el paquete 2024–2025 sigue siendo correcta o ingrese información nueva o diferente a continuación. La información incluida a continuación tomará el lugar de la información incluida en el Paquete de inscripción extracurricular 2023–2024 de su niño/a.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL NIÑO/LA NIÑA

<input type="checkbox"/> LA SECCIÓN ESTÁ CORRECTA	<input type="checkbox"/> ESTA SECCIÓN SOLO REQUIERE LOS SIGUIENTES CAMBIOS: Teléfono particular: _____ Teléfono preferido: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____ El niño/la niña vive con: _____
---	---

TUTORES LEGALES

<input type="checkbox"/> LA SECCIÓN ESTÁ CORRECTA	<input type="checkbox"/> ESTA SECCIÓN SOLO REQUIERE LOS SIGUIENTES CAMBIOS: TUTOR LEGAL PRINCIPAL: Nombre tal como aparece en la identificación: _____ Relación con el niño/la niña: _____ Fecha de nacimiento del tutor: _____ Teléfono: _____ Dirección del tutor (si es diferente a la del niño/la niña): _____ Dirección de trabajo: _____ Correo electrónico: _____ TUTOR LEGAL SECUNDARIO: Nombre tal como aparece en la identificación: _____ Relación con el niño/la niña: _____ Fecha de nacimiento del tutor: _____ Teléfono: _____ Dirección del tutor (si es diferente a la del niño/la niña): _____ Dirección de trabajo: _____ Correo electrónico: _____
---	--

ADULTOS AUTORIZADOS ADICIONALES: Indique si los adultos que figuran a continuación deben añadirse a la Lista de recogida autorizada, a la Lista de contactos de emergencia o a ambas.

<input type="checkbox"/> Las secciones de Recogida autorizada y Contacto de emergencia son correctas.	<input type="checkbox"/> LOS SIGUIENTES ADULTOS SON ADICIONES A LAS LISTAS DE 2023–2024:: (1) Nombre tal como aparece en la identificación: _____ Relación con el niño/la niña: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Marque cada una de las opciones que correspondan: ____ Recogida autorizada ____ Contacto de emergencia (2) Nombre tal como aparece en la identificación: _____ Relación con el niño/la niña: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Marque cada una de las opciones que correspondan: ____ Recogida autorizada ____ Contacto de emergencia (3) Nombre tal como aparece en la identificación: _____ Relación con el niño/la niña: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Marque cada una de las opciones que correspondan: ____ Recogida autorizada ____ Contacto de emergencia ***NOTA: Cualquier persona que deba ser eliminada de la lista de recogida debe ser tachada, rubricada y fechada en el paquete original. Entiendo que soy responsable de agregar/cambiar cualquier recogida autorizada/no autorizada a través de mi portal de membresía YMCA o mi equipo de membresía de sucursal local. Ponga sus iniciales aquí si está tachando nombres: _____
---	--

NO AUTORIZADO A RECOGER

<input type="checkbox"/> LA SECCIÓN ESTÁ CORRECTA	<input type="checkbox"/> ESTA SECCIÓN REQUIERE LAS SIGUIENTES ADICIONES A LA LISTA DE 2023-2024: (1) Nombre: _____ Relación con el niño/la niña: _____ (2) Nombre: _____ Relación con el niño/la niña: _____ (3) Nombre: _____ Relación con el niño/la niña: _____ ***NOTA: Si un padre biológico está en esta lista, la documentación judicial comprobante debe ser proporcionada y archivada en la YMCA.
---	--

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

<input type="checkbox"/> LA SECCIÓN ESTÁ CORRECTA	<input type="checkbox"/> ESTA SECCIÓN SOLO REQUIERE LOS SIGUIENTES CAMBIOS: La respuesta ha cambiado a "sí" este año para la(s) siguiente(s) pregunta(s): <input type="checkbox"/> ¿El niño/la niña ha sido hospitalizado/a o ha tenido operaciones, lesiones graves o fracturas, en el último año? <input type="checkbox"/> ¿Tiene el niño/la niña alguna discapacidad, necesidad especial, enfermedad o afección crónica o recurrente? <input type="checkbox"/> ¿Tiene el niño/la niña alguna afección que requiera tratamiento médico o consideraciones especiales? <input type="checkbox"/> ¿Tiene el niño/la niña alguna necesidad que requiera servicios especiales de apoyo durante la escuela? <input type="checkbox"/> ¿Hay alguna actividad de la que su niño/a deba estar exento por motivos de salud? <input type="checkbox"/> Si ha marcado alguna de las casillas anteriores, facilite los detalles: _____
<input type="checkbox"/> LA SECCIÓN ESTÁ CORRECTA	<input type="checkbox"/> ESTA SECCIÓN SOLO REQUIERE LOS SIGUIENTES CAMBIOS: Medicamentos actuales* (con y sin receta) Nombre del medicamento Dosis y frecuencia/Día Horas de administración _____ _____ _____ *Si la medicación deberá ser administrada durante el horario extracurricular, el padre/madre/tutor deberá proporcionar al Director del Programa el formulario oficial de Autorización de medicación de Bright from the Start. Por favor, póngase en contacto con el Director del Programa para más detalles.
<input type="checkbox"/> LA SECCIÓN ESTÁ CORRECTA	<input type="checkbox"/> ESTA SECCIÓN REQUIERE LAS SIGUIENTES ADICIONES A LOS DATOS SOBRE ALERGIAS Y RESTRICCIONES DE DIETA DE MI NIÑO/A: _____

PROVEEDOR DE SALUD E INFORMACIÓN EL SEGURO

<input type="checkbox"/> LA SECCIÓN ESTÁ CORRECTA	<input type="checkbox"/> ESTA SECCIÓN SOLO REQUIERE LOS SIGUIENTES CAMBIOS: Médico: _____ Teléfono: _____ Nombre del hospital/clínica/consultorio: _____ Compañía de seguros médicos: _____ Número de póliza: _____ Número de grupo: _____
---	--

CONSENTIMIENTO DEL HOSPITAL

<input type="checkbox"/> LA SECCIÓN ESTÁ CORRECTA	<input type="checkbox"/> ESTA SECCIÓN REQUIERE LOS SIGUIENTES CAMBIOS: El siguiente hospital tiene permiso para tratar a mi niño/a: _____
---	---

FORMULARIOS DE TRANSPORTE

Solo debe completarse si el local extracurricular utiliza transporte en autobús para los participantes del programa.
Nota para el Director: Una copia de esta página debe guardarse en el autobús con el formulario del niño/la niña del año anterior.

Nombre del niño/la niña: _____ Fecha de nacimiento: _____

ACUERDO DE TRANSPORTE

- LA SECCIÓN ESTÁ CORRECTA
 NO CORRESPONDE

ESTA SECCIÓN SOLO REQUIERE LOS SIGUIENTES CAMBIOS:

Nombre de la escuela: _____

Hora: _____ Días: ___ Lun ___ Mar ___ Mie ___ Jue ___ Vie

Firma del padre, si se realizan cambios: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN PARA EL VEHÍCULO EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA

- LA SECCIÓN ESTÁ CORRECTA
 NO CORRESPONDE

ESTA SECCIÓN SOLO REQUIERE LOS SIGUIENTES CAMBIOS:

Dirección: _____

Nombre del tutor legal principal: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____

Nombre del tutor legal secundario: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____

Persona a notificar en caso de emergencia si los padres no pueden ser localizados:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Médico del niño/la niña: _____ Teléfono: _____

Centro médico que se utilizará: _____

Dirección: _____

Alergias del niño/la niña: _____

Medicación prescrita actual: _____

Necesidades especiales y afecciones del niño/la niña: _____

Firma del padre, si se realizan cambios: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE PERMISO DE NATACIÓN: deberá completarse si corresponde.

- NO CORRESPONDE

Autorizo a (nombre del niño/la niña), _____ (fecha de nacimiento), _____ a participar en las actividades de natación en la YMCA.

Firma del padre, si se realizan cambios: _____ Fecha: _____

Para ser completado por el instructor de natación:

El niño/la niña mencionado/a precedentemente ha completado con éxito una prueba de natación que requería que el niño/la niña nadara una distancia de quince (15) yardas (14 metros) sin ayuda.

_____ (salvavidas) tiene evidencia vigente de haber completado exitosamente un programa de entrenamiento en salvavidas ofrecido por un instructor de seguridad acuática certificado por la Cruz Roja Estadounidense, YMCA, u otra agencia reconocida para la instrucción de seguridad en el agua. El centro deberá mantener archivada una copia de la certificación.

Firma del salvavidas o instructor

Fecha

