



Formulario de Inscripción del Programa Juvenil

Nombre del Niño _____ Edad _____ Grado _____

Estado de Membresía Miembro No Miembro

Etnicidad Caucásico Afroamericano Hispano Asiático o isleño del Pacífico Otro

Programa Y-Club Campamiento de Día Otro _____

Ubicación del Programa _____

Acuerdo de Admisión *Por favor ponga sus iniciales en cada línea*

	INFORMACIÓN MÉDICA – Certifico que mi hijo(a) esta de buena salud con las restricciones de actividad indicadas y que la documentación del examen físico y las vacunas están al día y de acuerdo con los requisitos de salud de las escuelas públicas en el archivo.
	MEDICAMENTOS – Entiendo que se requiere que un padre / guardián complete y firme un Formulario de Reparación si mi hijo(a) necesita que se le administre algún medicamento durante el programa. Además, entiendo que permitimos el transporte de medicamentos de emergencia SOLO para niños diagnosticados con asma o otras afecciones relevantes. El medicamento solo está permitido con el permiso escrito del médico que prescribe el medicamento.
	CUSTODIA – El YMCA requiere un documento legal o un decreto judicial; para las decisiones con respecto a quién está autorizado a recoger a un niño se registrarán por la información del padre / guardián principal que esta incluido en este documento.
	PUBLICACIÓN DE FOTOS – El YMCA tiene permiso para usar cualquier fotografía individual o grupal y / o cinta de video que muestre a mi hijo(a) en las actividades del YMCA para uso en relaciones públicas, con fines promocionales o publicitarios.
	AUTORIZADO PARA TRATAMIENTO MÉDICO – Autorizo al personal del YMCA de Greater Michiana, que está capacitado en primeros auxilios y resucitación cardiopulmonar, a brindar a mi hijo primeros auxilios o resucitación cardiopulmonar cuando corresponda. Entiendo que se hará todo lo posible para contactarme en caso de una emergencia que requiera atención médica para mi hijo(a). Sin embargo, si no pueden localizarme, por la presente autorizo a YMCA of Greater Mihiana a transportar a mi hijo(a) al centro de atención médica y / o al hospital más cercano y asegurar el tratamiento médico necesario para su niño.
	USO DEL PATIO DE RECREO – Entiendo que este programa utiliza el patio de recreo disponible en nuestras ubicaciones escolares en las ubicaciones del YMCA, que cumple con los estándares de seguridad establecidos por el estado de Indiana para las escuelas públicas.
	COVID-19 – Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar una máscara para que mi hijo(s) cumpla con los requisitos estatales de acuerdo con la oficina del gobernador y el plan de reapertura del estado. También comprendo los riesgos para la salud de hijo(s).
	CASA HINCHABLE/INFLABLE – Doy permiso para que mi hijo participe en actividades relacionadas con la casa inflable/tobogán de agua/inflables mientras esté bajo nuestro cuidado de los programas de YMCA.
	PERMISO DE VIAJE DE CAMPO – Doy permiso para que mi hijo participe en las excursiones asociadas con el programa.
	CIERRE DEL PROGRAMA YMCA – Entiendo que, durante las inclemencias del tiempo o situaciones de emergencia, la YMCA no reembolsará ni prorrateará la tarifa.

He leído el **Acuerdo de Admisión** y estoy totalmente de acuerdo con sus términos. También he leído y acepto las Políticas y Procedimientos enumerados en el manual para padres y establecido en este acuerdo. También acepto mantener actualizada toda la información relacionada con este papeleo para la seguridad de mi hijo(a). Al firmar, por la presente libero al YMCA de Greater Michiana, a sus funcionarios y empleados de la responsabilidad de lesiones o daños a la propiedad personal asociados con el programa o su propiedad. Doy mi consentimiento para la comprensión y el conocimiento completos de los riesgos y acepto voluntariamente la responsabilidad de cualquier incidente que no esté relacionado con negligencia grave.

Firma de padre/guardián legal _____ Dato _____

Formulario de Registro de Información del Niño

Instrucciones: A menos que se especifique lo contrario, se debe proporcionar toda la información solicitada. Si desconoce la información o no aplica, debe responder "se desconoce" o "ninguno. No se aceptan campos en blanco, líneas sobre los campos o "N/C" como respuestas.

Para uso del proveedor únicamente:		Fecha de admisión	Fecha de alta
Nombre del niño (apellido, primer nombre e iniciales del segundo)			Fecha de nacimiento del niño
Dirección de residencia (número de edificio/apartamento)		Ciudad	Estado Código postal
Nombre de padre/guardián legal	Teléfono ()	Nombre de padre/guardián legal (opcional)	Teléfono ()
Dirección de residencia (si no es la dirección del niño)	FDN / /	Dirección de residencia (si no es la dirección del niño)	FDN / /
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad Estado Código postal
Dirección de correo electrónico		Dirección de correo electrónico	
Nombre del empleador	Teléfono del Trabajo ()	Nombre del empleador	Teléfono del Trabajo ()
Nombre del médico o clínica médica del niño		Teléfono del médico o clínica médica ()	
Hospital preferido para tratamientos de emergencia (opcional)			
Alergias y necesidades e instrucciones especiales (adjunte más hojas si es necesario).			

¿Requiere su hijo medicamentos mientras está bajo nuestro cuidado? Sí* No

*Si es así, se requiere un formulario por separado

Contacto de emergencia y entrega del niño: A todas las personas, incluyendo los padres/tutores legales, en el orden de preferencia, a quienes se debe contactar en caso de emergencia. Si es posible, incluya a menos una persona que no sea padre/tutor legal a quien deba contactarse en caso de emergencia o para entregar el niño en la ausencia del padre/tutor legal. La segunda columna para número del teléfono se puede dejar en blanco. (En caso de que existan más personas, adjunte más hojas.)

1.	()	FDN / /
2.	()	FDN / /
3.	()	FDN / /

Entrega del niño únicamente: Todas las personas que no sean los padres/guardián legales, que pueden retirar al niño tras el alta. (En caso de que existan más personas, adjunte más hojas.)

1.	()	2.	()
3.	()	4.	()

Iniciales del padre o tutor legal:

_____ Doy mi permiso para _____ **YMCA of Greater Michiana** _____ para asegurar el tratamiento médico de emergencia para el niño menor de edad nombrado arriba mientras recibiendo cuidado.

Certifico que la información relleno es correcta, y si algo cambia notificara el proveedor y relleno este formulario con la nueva información.

Firma del padre/tutor legal _____ Fecha de firma _____