

HRYMCA CUIDADO DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN: 2023/2024

(Escriba claramente y complete TODA la información)

Uso de la administración:	
_____ Fecha _____	_____ Inicial
_____ FA _____	_____ Voucher
_____ Ingresado en ME	
_____ Registrado en CORE	
_____ Copiado para el sitio	
Miembro	No Miembro

INFORMACION DEL NIÑO/A

Nombre del niño/a:	Edad:	Grado Escolar:	Fecha de nacimiento:	Genero:	Pronombres:
Etnia:			Medicamentos:		
Alergias/Dietas Especiales o Restricciones:					
<p>**Adjunte el Plan de Atención Médica Individual (Requerido por el EEC para estudiantes con Epi-Pens y/o Inhaladores)** Los niños no pueden comenzar la atención hasta que el IHCP y los medicamentos debidamente etiquetados se presenten al Director.</p>					

FECHA DE ADMISION:

ESCUELA (POR FAVOR SELECCIONE UNA): Bridge Street Jackson Street Ryan Road

INFORMACION DEL PADRE DE FAMILIA O TUTOR/ENCARGADO

Nombre del Encargado:		Nombre del Encargado:	
Relación con el niño/a:		Relación con el niño/a:	
Dirección:		Dirección del negocio: Dirección:	
Nombre del negocio:	Dirección del negocio:	Nombre del negocio:	
Numero telefónico principal:		Numero telefónico principal:	
Numero telefónico secundario:		Numero telefónico secundario:	
Correo electrónico:		Correo electrónico:	
Nombre del miembro HRYMCA:			

INFORMACION MEDICA:

Doctor/Clinica: _____

Direccion: _____

Telefono: _____

Hospital de preferencia: _____

Nombre del dentista: _____

Direccion: _____

Telefono: _____

Plan Individual de Educacion (IEP) o Acomodacion de Educacion Especial? SI NO

*Si la respuesta es Sí, por favor incluirlo

Certifico que la documentacion del examen fisico y las vacunas de acuerdo con los requisitos de salud de las escuelas publicas y la prueba de deteccion de envenenamiento por plomo de acuerdo con los requisitos de salud publica estan archivados en la escuela de mi hijo. **Iniciales del encargado:** _____

Informacion adicional que deberiamos conocer acerca de su hijo/a:

Firma del encargado: _____ **Fecha:** _____

Inscripción para el año escolar 2023–2024 de la Hampshire Regional YMCA

Nombre del niño/a: _____

Encargado: _____

Dirección: _____

Escuela: _____ Grado Escolar: _____

Por favor marque los días que planea asistir:

	Martes/Jueves	Lunes/Miercoles/Viernes	Lunes-Viernes
Despues de la escuela 2:10–6:00pm			

Año Escolar 2023–2024 Tarifas: (Tarifas Mensuales)

		2 DÍAS MAR/JUE	3 DÍAS LUN/MIE/VIE	5 DÍAS LUN-VIE
2:10PM – 6:00PM	Miembro Y	\$158.00	\$239.00	\$397.00
	Regular	\$182.00	\$275.00	\$457.00

Formas de Pago:

Por favor elija: COBRO A CUENTA CHEQUERA: _____

COBRO A TARJETA DE CREDITO: _____

Ofrecemos un 5% de descuento para un segundo niño/a inscrito en el programa

Tenga en cuenta que el proceso de inscripción puede demorar hasta una semana, planifique en consecuencia

Procesaremos su inscripción cuando recibamos un Formulario de inscripción completo junto con el pago del primer mes.

¿Está solicitando ayuda financiera? SI NO ¿Tienes un Vale SEVENHILLS? SI NO

Pago Mensual _____

Total adeudado al momento del registro _____

Tenga en cuenta que todos los pagos vencen el primer día del mes para el programa del mes actual. Los pagos realizados después del 1 incurrirán en un recargo por mora de \$10. Si no se recibe el pago antes del día 5 del mes, su hijo será suspendido del programa hasta que se realicen todos los pagos. Si cancela su inscripción en SACC ANTES del primer día de la fecha de inicio del año escolar actual, se le cobrará una tarifa administrativa de \$50.00.

**CUIDADO DE NIÑOS EN GRUPO Y CUIDADO DE NIÑOS EN
EDAD ESCOLAR FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA
ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA Y PRIMEROS AUXILIOS**

102 CMR 7.09(3)

****En caso de una emergencia, este formulario irá con su hijo/a al hospital, llénelo completa y claramente****

Nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento: _____

Autorizo al personal del programa de cuidado infantil que está capacitado en los conceptos básicos de primeros auxilios y RCP para que brinde primeros auxilios a mi hijo/a y/o RCP cuando sea apropiado.

Entiendo que se hará todo lo posible para comunicarse conmigo en caso de una emergencia que requiera atención médica para mi hijo/a. Sin embargo, si no se me puede localizar, por la presente autorizo al programa a transportar a mi hijo/a al centro médico más cercano y/o a _____ y asegurar el tratamiento médico necesario para mi hijo/a.

Doctor del niño/a: _____

Dirección: _____

Telefono: _____

Alergias del niño/a: _____

Condiciones de salud crónicas del niño/a: _____

Contactos de emergencia (incluidos los padres/tutores, para ser contactados):

1.Nombre: _____ Dirección: _____

Relación con el niño/a: _____ Telefono: _____

¿Da permiso para que el niño sea entregado a esta persona? SI NO

2.Nombre: _____ Dirección: _____

Relación con el niño/a: _____ Telefono: _____

¿Da permiso para que el niño sea entregado a esta persona? SI NO

3.Nombre: _____ Dirección: _____

Relación con el niño/a: _____ Telefono: _____

¿Da permiso para que el niño sea entregado a esta persona? SI NO

Cobertura de seguro de salud:	Póliza #:	
Nombre del encargado:	Telefono (T):	Telefono (H):
Nombre del encargado:	Telefono (T):	Telefono (H):

Firma del encargado: _____ Fecha: _____

PLAN DE TRANSPORTE Y AUTORIZACIÓN

[7.09(3) AND 7.12(1)]

Nombre del niño/a: _____

Después de la escuela

Mi hijo/a llegará al programa después de la escuela:

- En entrega de la escuela
- En autobús de la escuela
- Otro (Explíque) _____

Mi hijo/a al salir del programa después de la escuela:

- Será recogido por los padres o encargado
- Otro (Explíque) _____

Doy permiso para que mi hijo/a sea liberado del programa como se indicó anteriormente.

Además de los padres/tutores que figuran en el frente del formulario de inscripción, doy mi permiso a las siguientes personas para recoger a mi hijo/a del programa HRYMCA:

1. Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

2. Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

3. Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

4. Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

No doy permiso para que mi hijo/a sea entregado a las siguientes personas:

****Se deben presentar documentos de custodia judicial para negar la liberación a un padre/madre****

1. Nombre: _____ Relación: _____

2. Nombre: _____ Relación: _____

Cualquier otra solicitud de transporte debe indicarse por escrito y mantenerse en el archivo del niño/a o el plan anterior debe ser implementado. Este permiso es válido por un año de programa a partir de la fecha de la firma.

Firma del encargado: _____ Fecha: _____

Este formulario solo debe completarse si su hijo/a dejará el programa para recibir servicios o actividades adicionales durante el programa de cuidado despues de la escuela.

Programa para el año 2023-2024

Consentimiento de salida del niño/a

Programa de Cuidado de Niños/as en Edad Escolar de la HRYMCA

102 CMR 7.09 (3)(b)

Nombre del Programa: Cuidado de niños/as despues de la escuela de la HRYMCA

Dirección: _____

Yo, _____, autorizo a mi hijo/a, _____

a salir del programa. Este permiso entra en efecto desde _____ hasta _____

Actividad/Ubicación:

Metodo de transporte:

Hora de salida/regreso:

Restricciones:

Entiendo que el programa tiene derecho a rescindir el privilegio anterior si el comportamiento de mi hijo/a justifica la limitación o si no cumple con el contrato adjunto.

Reconozco que mi hijo/a no será supervisado por el personal mientras esté fuera del programa. Entiendo que soy responsable de mi hijo/a una vez que deja el programa.

Firma del encargado: _____ **Fecha:** _____

Formulario de autorización de cuidado de niños en edad escolar

Requerimos autorización para los siguientes artículos. Escriba sus iniciales para indicar que ha leído y comprende estos requisitos.

1. _____ Entiendo que el pago vence en su totalidad el día 1 del mes para el programa del mes actual. Se agregará un recargo de \$10 dólares a mi factura después de esa fecha.
2. _____ Entiendo que el programa cierra a las 6:00 pm y que se me cobrará un recargo de \$1.00 por niño/a por cada minuto que pase después de la hora programada, a partir de las 6:01 pm. Cualquier recogida tardía continua puede requerir la terminación del programa.
3. _____ Entiendo que debo dar a HRYMCA un aviso de dos (2) semanas de mi intención de retirar a mi hijo/a del programa de cuidado de niños en edad escolar de HRYMCA, y que seré responsable de pagar estas semanas, ya sea que mi hijo/a asista o no.
4. _____ He recibido una copia del Manual para padres de HRYMCA y he leído y acepto cumplir con todas las políticas establecidas en el mismo.
5. _____ Entiendo que soy responsable de proporcionar un almuerzo para mi hijo/a para todos los programas de día completo y medio día.
6. _____ Autorizo al personal del programa de cuidado de niños en edad escolar que está capacitado en los conceptos básicos de primeros auxilios para que brinde primeros auxilios a mi hijo/a cuando corresponda.
7. _____ En caso de una emergencia, entiendo que se hará todo lo posible para comunicarse conmigo si se requiere atención médica para mi hijo/a. Sin embargo, si no puedo ser contactado, por la presente autorizo al programa a transportar a mi hijo/a al hospital o centro de atención médica más cercano para asegurar el tratamiento necesario y apropiado para mi hijo/a.
8. _____ Entiendo que cualquier solicitud de transporte, que no sea la especificada en este paquete de inscripción, debe hacerse por escrito.
9. _____ Si mi hijo/a está programado para dejar el programa por cualquier motivo, entiendo que es mi responsabilidad notificar al programa por escrito la actividad específica en la que participará el niño/a, el método de transporte o recogida, si el niño/a regresará al programa, y cualquier restricción adicional de tal liberación. Reconozco que mi hijo/a no puede ser supervisado por el personal de SACC mientras esté fuera del programa y que soy responsable de mi hijo/a una vez que abandone el programa.

Los siguientes son opcionales: Escriba sus iniciales solo en los que elija:

10. _____ Permitiré que HRYMCA use las fotografías de mi hijo/a en cualquier publicidad de HRYMCA, y permitiré que mi hijo/a participe en promociones en los medios.
11. _____ Permitiré que mi hijo/a sea observado por estudiantes en prácticas.
12. _____ Permitiré que mi hijo/a salga a caminar acompañado por el personal en el área inmediata de su sitio.
13. _____ Autorizo a mi hijo/a a usar desinfectante para manos mientras esté en el cuidado después de la escuela.
14. _____ Autorizo que se ofrezca o se aplique protector solar durante el cuidado después de la escuela, si es necesario

Firma del encargado: _____ **Fecha:** _____



Hampshire Regional YMCA
286 Prospect Street
Northampton, MA 01060
Tel. No. (413)584-7086 Fax No. (413)586-1912

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA EL CUIDADO DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

Si bien el objetivo y la responsabilidad de la Hampshire Regional YMCA es brindarle a su hijo/a una experiencia segura y placentera, debe darse cuenta de que la participación en los programas de la Hampshire Regional YMCA tiene algunos riesgos inherentes. Como resultado, requerimos la firma del comunicado establecido.

Por la presente libero para mí y para mi hijo/a, nuestros herederos, albaceas y administradores, y libero para siempre a la Hampshire Regional YMCA, sus agentes, servidores, representantes y empleados de cualquier lesión, pérdida, responsabilidad, daño o costo que mi hijo/a pueda recibir/ incurrir como resultado de la participación en cualquier programa/actividad/servicio realizado y/o proporcionado por la Hampshire Regional YMCA.

Nombre del padre/madre o tutor: _____

Firma: _____ Fecha: _____