



HRYMCA CUIDADO DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR

FORMULARIO DE INSCRIPCION: 2024/2025

(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: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad de ingreso: _____ Grado: _____

Dirección(es) del domicilio del niño/a: _____

Número de teléfono de casa: _____ Lenguaje primario: _____

Marcas de identificación: _____

Color de ojos: _____ Color de cabello: _____ Color de piel: _____

Sexo: _____ Género: _____ Estatura: _____ Peso: _____ Pronombres: _____

INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES

Nombre del Padre/Guardián:	Nombre del Padre/Guardián:
Relación con el niño/a:	Relación con el niño/a:
Dirección de casa:	Dirección de casa:
Número celular:	Número celular:
Correo electrónico:	Correo electrónico:
Lugar de trabajo:	Lugar de trabajo:
Dirección:	Dirección:
Número telefónico:	Número telefónico:

NOMBRE DEL MIEMBRO YMCA: _____

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

INFORMACIÓN DE SALUD

Médico del niño/a: _____

Dirección: _____ Número telefónico: _____

Hospital de preferencia: _____

Nombre del Dentista: _____

Dirección: _____ Número telefónico: _____

Alergias/Condiciones: _____

Si existe una alergia y/o condición médica crónica, complete el Plan de Salud Individual adjunto.

****Adjunte el Plan de atención médica individual (requerido por el EEC para estudiantes con Epi-Pens y/o inhaladores)****

Los niños no pueden comenzar a recibir atención médica hasta que se envíen al Director el IHCP y los medicamentos debidamente etiquetados.

Notas dietéticas: _____

Limitaciones o inquietudes especiales: _____

¿Plan de educación individual (IEP)? _____ (en caso afirmativo, adjunte)

Certifico que la documentación del examen físico y las vacunas de acuerdo con los requisitos de salud de las escuelas públicas y la prueba de detección de envenenamiento por plomo de acuerdo con los requisitos de salud pública están archivadas en la escuela de mi hijo/a.

Iniciales aquí: _____

Autorizo al personal del programa capacitado en los conceptos básicos de primeros auxilios y/o RCP a brindarle a mi hijo/a primeros auxilios 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 pueden localizarme, por la presente autorizo al programa a transportar a mi hijo/a al centro de atención médica más cercano y obtener el tratamiento médico necesario.

Iniciales aquí: _____

Nombre del niño/a: _____

**CUIDADO INFANTIL GRUPAL Y CUIDADO INFANTIL EN EDAD ESCOLAR
PRIMEROS AUXILIOS Y ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**

102 CMR 7.09(3)

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

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 a brindarle a mi hijo/a primeros auxilios 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 pueden localizarme, por la presente autorizo al programa a transportar a mi hijo/a al centro de atención médica más cercano y/o a _____, y a asegurar el tratamiento médico necesario para mi hijo/a.

CONTACTOS DE EMERGENCIA ADICIONALES

Nombre 1: _____ ¿Entregar al niño/a? (Si/No) _____

Relación: _____ Teléfono (s): _____

Nombre 2: _____ ¿Entregar al niño/a? (Si/No) _____

Relación: _____ Teléfono (s): _____

Nombre 3: _____ ¿Entregar al niño/a? (Si/No) _____

Relación: _____ Teléfono (s): _____

<u>Cobertura de seguro médico:</u>		<u>Póliza #:</u>
Nombre de los padres:	Teléfono (T):	Teléfono (H):
Nombre de los padres:	Teléfono (T):	Teléfono (H):

PLAN DE TRANSPORTE

Llegada al programa:

- Caminar desde el aula
- Entrega de padres
- Autobús/Van
- OTRO _____

Salida del programa:

- Recogida de padres
- Caminata sin supervisión (se requiere permiso adicional)
- Autobús/Van
- OTRO _____

Doy permiso a las siguientes personas para que recojan a mi hijo/a del programa:

Las recogidas por primera vez deben traer una identificación con fotografía.

Proporcione una copia de cualquier acuerdo u orden legal relacionada con la recogida de niños.

Nombre: _____

- Cada vez que la persona llegue
- Sólo cuando llamo con anticipación

Teléfono (s): _____

Nombre: _____

- Cada vez que la persona llegue
- Sólo cuando llamo con anticipación

Teléfono (s): _____

Nombre: _____

- Cada vez que la persona llegue
- Sólo cuando llamo con anticipación

Teléfono (s): _____

Nombre: _____

- Cada vez que la persona llegue
- Sólo cuando llamo con anticipación

Teléfono (s): _____

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

****Se deben presentar los documentos de custodia del tribunal para negar la liberación a un padre****

Nombre: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Cualquier otra solicitud de transporte debe declararse por escrito y mantenerse en el expediente del niño/a o se debe implementar el plan anterior. Este permiso es válido por un año del programa a partir de la fecha de la firma.

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

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 2024-2025 Tarifas: (Tarifas Mensuales)

		2 DÍAS MAR/JUE	3 DÍAS LUN/MIE/VIE	5 DÍAS LUN-VIE
2:10PM – 6:00PM	Miembro Y	\$184.00	\$263.00	\$447.00
	No Miembro	\$212.00	\$302.00	\$514.00

NUEVO! COMPLEMENTO DE MEDIO DÍA (OPCIONAL PARA GIRO MENSUAL)

Si un niño/a es dado de baja del programa antes del final del año escolar, calcularemos si hay un saldo adeudado por los medios días ocurridos o si necesitamos acreditar su cuenta. La no asistencia a media jornada no dará lugar a un crédito a cuenta.

	2 DÍAS MAR/JUE (cubre 5 medios días)	3 DÍAS LUN/MIE/VIE (cubre 8 medios días)	5 DÍAS LUN-VIE (cubre 13 medios días)
Miembro Y	\$12.80/mes	\$20.40/mes	\$33.20/mes
No Miembro	\$14.70/mes	\$23.50/mes	\$38.20/mes

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 antes del día 1 del mes para el programa del mes actual. Los pagos realizados después del día 1 incurrirán en un cargo por pago atrasado de \$10. Si no 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.

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 2024-2025
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: _____