



HRYMCA CENTRO DE APRENDIZAJE INFANTIL

FORMULARIO DE INSCRIPCION: 2026/2027

(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: _____

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)

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 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 (H): |
| Nombre de los padres: | Teléfono (H): |

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

Teléfono (s): _____

_____ Sólo cuando llamo con anticipación

Nombre: _____

_____ Cada vez que la persona llegue

Teléfono (s): _____

_____ Sólo cuando llamo con anticipación

Nombre: _____

_____ Cada vez que la persona llegue

Teléfono (s): _____

_____ Sólo cuando llamo con anticipación

Nombre: _____

_____ Cada vez que la persona llegue

Teléfono (s): _____

_____ Sólo cuando llamo con anticipación

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: _____

El Centro de Aprendizaje Infantil de HRYMCA es un programa de jornada completa de 5 días a la semana, con horario de 8:30 am a 4:30 pm.

| TARIFAS PARA EL AÑO ESCOLAR 2026-2027: | |
|--|----------------|
| Miembro Y | \$300 / Semana |
| No Miembro | \$335 / Semana |

OPCIONES DE MATRÍCULA (Seleccione una opción):

- Semanal:** Se cobra cada viernes para dos semanas por adelantado
- Mensual:** Se cobra cada 15 del mes para el siguiente mes
- Anual:** Se paga todo el año en un solo pago

| EL SERVICIO DE CUIDADO TEMPRANO Y DÍA EXTENDIDO REQUIEREN TARIFAS ADICIONALES: | | |
|--|--------------|------------------|
| Cuidado Temprano | \$5.00 / Día | \$20.00 / Semana |
| Día Extendido | \$5.00 / Día | \$20.00 / Semana |

Por favor, seleccione el/los día(s) en el/los que desea inscribir a su hijo/a:

| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES |
|-----------------------------------|-------|--------|-----------|--------|---------|
| Cuidado Temprano 8:00am-8:30am | | | | | |
| Día Extendido 4:30pm-5:00pm | | | | | |

Fecha de inicio deseada: _____

INFORMACIÓN DE PAGO

Las familias pagarán un depósito no reembolsable de \$150 para reservar su lugar. El pago del primer mes, menos el depósito, debe realizarse un mes antes de la fecha de inicio.

Descuento para hermanos: Ofrecemos un 5% de descuento por la inscripción de un segundo hijo/a en el programa.

Crédito fiscal: La cuota de preescolar de la YMCA puede calificar para un crédito fiscal por cuidado infantil. Para más información, contacte a su oficina local del IRS.

OPCIONES DE FACTURACIÓN

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

Recibirá una notificación por correo electrónico una vez que se haya procesado su solicitud y su hijo/a esté completamente matriculado/a.

Su hijo/a no podrá comenzar el preescolar hasta que se haya entregado toda la documentación necesaria al director del programa.

¿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 deben realizarse de acuerdo con el calendario de pagos indicado por el padre/tutor. Los pagos realizados después de la fecha límite incurrirán en un cargo por pago atrasado de \$10. Si no recibe el pago antes de la fecha límite, 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 va a abandonar el programa preescolar para recibir servicios o actividades adicionales durante la jornada escolar.

**PROGRAMA PARA EL AÑO 2026-2027
CONSENTIMIENTO DE SALIDA DEL NIÑO/A
CENTRO DE APRENDIZAJE INFANTIL DE LA HRYMCA
102 CMR 7.09 (3)(b)**

NOMBRE DEL PROGRAMA: CENTRO DE APRENDIZAJE INFANTIL 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 del Centro de Aprendizaje Infantil de la HRYMCA

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

1. _____ Entiendo que el pago completo del programa del mes en curso vence el 1 de cada mes. Después de esa fecha, se añadirá un recargo de \$10 a mi factura.
2. _____ Entiendo que el programa cierra a las 4:30 p. m. (5:00 p. m. para el cuidado extendido) y que se me cobrará un recargo de \$1.00 por niño por cada minuto después de la hora programada, a partir de las 4:31 p. m. o 5:01 p. m. para el cuidado extendido. Si se siguen recogiendo niños tarde, podría ser necesario darme de baja del programa.
3. _____ Entiendo que debo notificar a HRYMCA con dos (2) semanas de anticipación sobre mi intención de retirar a mi hijo del Centro de Aprendizaje Infantil de la HRYMCA y que seré responsable de pagar estas semanas independientemente de que mi hijo asista o no.
4. _____ He recibido una copia del Manual para padres del Centro de Aprendizaje Infantil de la HRYMCA y he leído y acepto cumplir todas las políticas allí establecidas.
5. _____ Entiendo que soy responsable de proporcionar un almuerzo para mi hijo/a.
6. _____ Autorizo al personal del preescolar 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.

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

8. _____ 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.
9. _____ Permitiré que mi hijo/a sea observado por estudiantes en prácticas.
10. _____ Permitiré que mi hijo/a salga a caminar acompañado por el personal en el área inmediata de su sitio.
11. _____ Autorizo a mi hijo/a a usar desinfectante para manos mientras esté en el cuidado después de la escuela.
12. _____ 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 CENTRO DE APRENDIZAJE INFANTIL DE LA HRYMCA

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: _____



HAMPSHIRE REGIONAL YMCA

ACUERDO DE PAGO DEL CENTRO DE APRENDIZAJE INFANTIL

2026-2027

Nombre del niño/a: _____ Fecha: _____

Nombre del encargado: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Tenga en cuenta que todos los pagos deben realizarse de acuerdo con el calendario de pagos indicado por el padre/tutor. Los pagos realizados después de la fecha límite incurrirán en un cargo por pago atrasado de \$10. Si no recibe el pago antes de la fecha límite, 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.

El Centro de Aprendizaje Infantil de HRYMCA es un programa de jornada completa de 5 días a la semana, con horario de 8:30 am a 4:30 pm.

| TARIFAS PARA EL AÑO ESCOLAR 2026-2027: | |
|--|----------------|
| Miembro Y | \$300 / Semana |
| No Miembro | \$335 / Semana |

OPCIONES DE MATRÍCULA (Seleccione una opción):

- Semanal:** Se cobra cada viernes para dos semanas por adelantado
- Mensual:** Se cobra cada 15 del mes para el siguiente mes
- Anual:** Se paga todo el año en un solo pago
- Usaré un SEVENHILLS Voucher Usaré Asistencia Financiera

| EL SERVICIO DE CUIDADO TEMPRANO Y DÍA EXTENDIDO REQUIEREN TARIFAS ADICIONALES: | | |
|--|--------------|------------------|
| Cuidado Temprano | \$5.00 / Día | \$20.00 / Semana |
| Día Extendido | \$5.00 / Día | \$20.00 / Semana |

Por favor, seleccione el/los día(s) en el/los que desea inscribir a su hijo/a:

| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES |
|-----------------------------------|-------|--------|-----------|--------|---------|
| Cuidado Temprano 8:00am-8:30am | | | | | |
| Día Extendido 4:30pm-5:00pm | | | | | |



HAMPSHIRE REGIONAL YMCA

ACUERDO DE PAGO DEL CENTRO DE APRENDIZAJE INFANTIL

2026-2027

OPCIONES DE FACTURACIÓN

Por favor seleccione su método de pago a continuación

- GIRO BANCARIO:**
- Semanal:** Se cobra cada viernes para dos semanas por adelantado
 - Mensual:** Se cobra cada 15 del mes para el siguiente mes
 - Anual:** Se paga todo el año en un solo pago

*Adjunte un cheque anulado al enviar este formulario.

Por favor ponga sus iniciales a continuación:

- _____ Si mi banco no paga algún cargo por algún motivo, comprendo que todavía soy responsable de ese pago más un cargo de servicio de \$25.00 aplicado por la YMCA. Esto es adicional a la tarifa de servicio que mi banco puede cobrar.
- _____ Los tutores que incumplan con dos giros bancarios no serán elegibles para recibir giros bancarios de inmediato y deberán pagar un mes por adelantado por la atención.
- _____ La Junta Directiva de YMCA puede, a su discreción, ajustar la tarifa mensual aplicable al cuidado de mi hijo/a. Entiendo que recibiré una notificación al menos 30 días antes de dicho cambio.

- TARJETA DE CRÉDITO/DÉBITO:**
- Semanal:** Se cobra cada viernes para dos semanas por adelantado
 - Mensual:** Se cobra cada 15 del mes para el siguiente mes
 - Anual:** Se paga todo el año en un solo pago

| | |
|-----------------------|-------------|
| Nombre en la tarjeta: | |
| # de tarjeta: | Código CVV: |
| Vencimiento: | |

Infórmenos si hay algún cambio en su información bancaria o crediticia arriba

Cualquier cambio en el horario de su hijo/a debe ser presentado, aprobado y procesado antes del primer día del mes anterior al mes en que se presta el servicio. Se deberá firmar un nuevo acuerdo de pago para el cambio. He recibo del plan de pago anterior y entiendo y acepto los términos establecidos en este documento. Autorizo a Hampshire Regional YMCA a cargar en mi tarjeta de crédito/débito o giro de mi cuenta bancaria las tarifas indicadas anteriormente. La Autorización permanece vigente hasta que cancele dicha autorización. Entiendo que si Hampshire Regional YMCA no recibe mi pago antes del día 1 del mes, a mi hijo/a no se le permitirá participar en el programa hasta que todas las tarifas estén pagadas y al día.

Firma: _____

Fecha: _____