



Y Summer Program @ EBSOLA 19 de junio – 28 de julio de 2023

2600 50th St. Kenosha, WI 53140 • 262-359-7609 • awamboldt@kenoshaymca.org

✂ ¡Complete SÓLO con tinta azul o negra! ✂

Nombre completo del estudiante					Género (elegir) M F no conforme Otro				Fecha:	
Dirección / Ciudad / Código Postal					Teléfono				Fecha de nacimiento	
Nivel de grado actual: jardín de infantes 1 2 3 4 5					Grado Entrando en Otoño: 1 2 3 4 5					
¿El estudiante es hispano o latino? Si, Hispano o Latino No, ni hispano ni latino			Seleccione una o más de las siguientes categorías que se aplican al estudiante: Indio americano o nativo de Alaska Negro o afroamericano Caucásico Asiático Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico Otro							
Padre o Guardián (proporcionar la información solicitado para CADA padre o guardián .) **NOTA: Todos padres / tutores se le permitirá visitar _ en horario de centro a no ser que acceso es prohibido o restringido por un tribunal orden **										
Tutor legal #1 Primero y último Nombre				Dirección de casa / Ciudad / Código postal			Número de teléfono de casa		Número Célula	
Nombre de Trabaja y dirección				Número de teléfono de trabajo			Dirección de correo electrónico			
Tutor legal #2 Primero y último Nombre				Dirección de casa / Ciudad / Código postal			Número de teléfono de casa		Número Célula	
Nombre de Trabaja y dirección				Número de teléfono de trabajo			Dirección de correo electrónico			
Alumno vive con: (choose) Ambos Padres Madre Padre Abuelo(s) Guardián										
Especial Custodia Preocupaciones Este La sección DEBE estar firmada incluso Si NO hay preocupaciones										
¿Hay algún problema de custodia con respecto a este estudiante que debamos tener en cuenta mientras el estudiante está bajo nuestro cuidado? Por favor Adjuntar ninguna documentación (tribunal orden, etc.) para hacer una copia de seguridad de todos custodia preocupaciones.										
Sí No En caso afirmativo, explíquelo porfavor Adjunte una copia de su orden judicial actual										
 Firma de los padres Fecha										
médico y médico Información										
Médico Nombre				Dirección			Número de teléfono			
Centro médico preferido : por favor círculo uno o escribe otro :										
Aurora Medical – 10400 75 th St. Center Kenosha Hospital – 6308 8 th Ave. St. Catherine's – 9916 75 th St. Otro: _____										
yo por la presente dar mi consentir por atención médica de emergencia o tratamiento , para ser usado SOLAMENTE si no puedo ser inmediatamente alcanzado										
 Firma de los padres Fecha										
PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLAMAR Y CONTACTO DE EMERGENCIA PARA SU ESTUDIANTE. ** Proporcionar adicional nombres e información por gente autorizado a: Contactar cuando padre / tutor no se puede alcanzar quien puede recibir información sobre su estudiante y autorizado como persona de recogida que el personal puede liberar su alumno en su / ella cuidado **										
Contacto #1 primero y último Nombre				Número de teléfono de casa			Número Célula		Número de teléfono de trabajo	
Dirección de casa / Ciudad / Código postal				Relación con el niño						
Contacto #2 primero y último Nombre				Número de teléfono de casa			Número Célula		Número de teléfono de trabajo	
Dirección de casa / Ciudad / Código postal				Relación con el niño						
Doy permiso para que mi estudiante participe en excursiones y otras actividades durante las horas de funcionamiento. Caminando - ☐ SI ☐ NO Transportado* - ☐ SI ☐ NO *Las excursiones transportadas siempre requieren una hoja de permiso adicional. Esta hoja incluirá todos los detalles de la excursión.										
 Firma de los padres Fecha										

HISTORIAL MÉDICO Y PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA

1. Comprobar ninguna condición médica especial ese su alumno puede tener:

- ☐ Ninguna ☐ Físico minusvalías Epilepsia / Convulsiones Trastorno Asma Diabetes
Parálisis Cerebral / Trastorno ☐ *Motor Emocional / Comportamiento Trastorno incluyendo ADD, ADHD o ODD (Por favor círculo)*
Gastrointestinal o Alimentación Preocupaciones Incluido Especial Dieta y Suplementos
Otro condición (es) que requieren especial atención (Especificar): _____

2. ¿Su estudiante tiene alguna alergia?

- Alimento Alergias **No** Sí - Especificar alimento(s): _____
No alimentario Alergias **No** Sí - Especifique(s): _____

En caso afirmativo, complete fuera a - e. Adjuntar adicional información Si necesari. Si la respuesta es No, salte al #8.

- a. Disparadores ese puede causar problemas - Especifique : _____
b. Señales o Síntomas a observar para - Especifique : _____
c. Pasos la niño cuidado proveedor debería sigue : _____
d. cuando llamar los padres con respecto a síntomas o falta de respuesta al tratamiento : _____
e. Cuándo considerar ese la condición requiere atención médica de emergencia o reevaluación : _____

3. ¿Es allí adicional información ese puede ser útil para el niño cuidado proveedor? **Ninguna** Sí

Especifique : _____

4. ¿Hace su alumno tomar ninguna medicamento? (esto información es necesario ya sea ellos tomar medicamentos mientras está en el programa o en otro tiempo de la día, en caso de emergencia).

Sí No En caso afirmativo, ¿qué es la medicamento ? _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

5. Compañía de seguros: _____ Póliza # _____

6. Nombre del titular del seguro política: _____ Grupo # _____

COMUNICADO DE PRENSA

7. Entiendo _ ese mi niño / pupilo se puede tomar una foto /video por cualquier miembro del personal, voluntario , patrocinador o ninguna otro programa de la YMCA colega para medios, promocionales y/ o público relaciones propósitos incluyendo , sin limitación , uso en propiedad y operación del patrocinador sitios web , sitios de redes sociales y medios impresos y digitales, y permitir por estos imágenes , videos, representaciones y otros medios a ser utilizados por promocionales , mediáticos y/ o público relaciones propósitos a menos que presente una declaración al contrario al personal apropiado de YMCA.

Sí, doy permiso a Kenosha YMCA para usar fotos/videos de mi hijo. Entiendo que las fotos pueden compartirse en el sitio web de Kenosha YMCA, en forma impresa y en las páginas de redes sociales de Kenosha YMCA.

NO, por favor no tome ni use fotos / videos de mi hijo.



Firma de los padres

Fecha