



# Y Summer Program @ Lincoln Park 17 de junio - 26 de julio de 2024

1912 Martin Luther King Dr. Kenosha, WI 53143 • 262-220-8229 • ihagen@kenoshaymca.org

≠ ¡Complete SÓLO con tinta azul o negra! ≠

<b>Nombre completo del estudiante</b>				<b>Género</b> (elegir) M    F    no conforme    Otro		<b>Fecha:</b>	
<b>Dirección / Ciudad / Código Postal</b>				<b>Teléfono</b>			<b>Fecha de nacimiento</b>
Nivel de grado actual:    5    6    7    8		Grado Entrando en Otoño:    6    7    8					
<b>¿El estudiante es hispano o latino?</b> Si, Hispano o Latino No, ni hispano ni latino		<b>Seleccione una o más de las siguientes categorías que se aplican al estudiante:</b> 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<sup>th</sup> St.    Center Kenosha Hospital – 6308 8<sup>th</sup> Ave.    St. Catherine’s – 9916 75<sup>th</sup> 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