



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! ≫

Nombre completo del estudiante				Género (elegir) M F no conforme Otro		Fecha:	
Dirección / Ciudad / Código Postal				Teléfono			Fecha de nacimiento
Nivel de grado actual: 5 6 7 8		Grado Entrando en Otoño: 6 7 8					
¿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 75th St. Center Kenosha Hospital – 6308 8th Ave. St. Catherine’s – 9916 75th 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