



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                     |  |  |                                                                                                                                                                                                                         |                            |            |                               |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------|-------------------------------|--|--|
| Nombre completo del estudiante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                     |  |  |                                                                                                                                                                                                                         |                            |            |                               |  |  |
| <div>Género<div>(elegir)</div>M   F   no conforme   Otro</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                     |  |  |                                                                                                                                                                                                                         |                            |            |                               |  |  |
| Fecha:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |  |  |                                                                                                                                                                                                                         |                            |            |                               |  |  |
| Dirección / Ciudad / Código Postal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                     |  |  |                                                                                                                                                                                                                         |                            |            |                               |  |  |
| Teléfono                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                     |  |  |                                                                                                                                                                                                                         |                            |            |                               |  |  |
| Fecha de nacimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                     |  |  |                                                                                                                                                                                                                         |                            |            |                               |  |  |
| Nivel de grado actual: <div>jardín de infantes    1    2    3    4    5</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Grado Entrando en Otoño:    1    2    3    4    5                   |  |  |                                                                                                                                                                                                                         |                            |            |                               |  |  |
| ¿El estudiante es hispano o latino?<br>Si, Hispano o Latino<br><br>No, ni hispano ni latino                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                     |  |  | Seleccione una o más de las siguientes categorías que se aplican al estudiante:<br>Indio americano o nativo de Alaska   Negro o afroamericano   Caucásico   Asiático<br>Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico   Otro |                            |            |                               |  |  |
| Padre o Guardián ( proporcionar la información solicitado para CADA padre o guardián .)<br>**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.<br>** 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.<br>Caminando - <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO   Transportado* - <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO<br>*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