



Y Summer Program @ Lincoln Park 16 de junio – 25 de julio de 2025

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 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