



Y Summer Program @ Lincoln Park 16 de junio – 24 de julio de 2026

1912 Martin Luther King Dr. Kenosha, WI 53143 • 262-220-8229 • nkreamalmyer@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 - <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Transportado* - <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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