

FECHA DE INICIO: \_\_\_\_\_  
TARIFA: \_\_\_\_\_  
SITIO: \_\_\_\_\_

**YMCA PRIMETIME  
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 2018-2019**

¿Su hijo tiene alergias a los  
alimentos?  
círculo  
SI      o      NO

Nombre de niño/a      Género      Edad      Fecha de Nacimiento

Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal      Teléfono de la casa

Nombre del Padre      Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal      No. de teléfono celular

Lugar de Empleo      Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal      Teléfono de lugar de empleo

Nombre de Madre      Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal      No. de teléfono celular

Lugar de Empleo      Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal      Teléfono de lugar de empleo

Arreglos de vivienda del niño: ( ) Los padres ( ) Madre ( ) Padre ( ) Otros  
Email      Guardián Legal del niño(s): ( ) Los padres ( ) Madre ( ) Padre ( ) Otros

**EL NIÑO PUEDE SALIR A LA PERSONA (S) FIRMANDO ESTE ACUERDO O EN LO SIGUIENTE:**

Nombre      Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal      No. de teléfono      Relación

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PERSONAS A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA CUANDO LOS PADRES NO PUEDEN SER LOCALIZADOS:**

Nombre      Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal      No. de teléfono      Relación

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Recibe ayuda del departamento de servicios para familias y niños?      SÍ      NO

**PADRE/GUARDIÁN:** \_\_\_\_\_      **FECHA:** \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO

Médico del niño o Nombre de la Clínica (Fuente Primaria de Salud del Niño)

No. de teléfono

**¿EL NIÑO TIENE ALERGIAS U OTROS PROBLEMAS FÍSICOS, TRASTORNOS DE SALUD MENTAL, RETRASO MENTAL O DE DESARROLLO, QUE LIMITARÍA LA PARTICIPACIÓN DEL NIÑO EN EL PROGRAMA Y ACTIVIDADES? ( ) SI ( ) NO**

Especifique: \_\_\_\_\_

**EL NIÑO TIENE ALERGIAS? (INSECTO, MEDICAMENTOS, ALIMENTOS, ETC.) ( ) SI ( ) NO**

Especifique: \_\_\_\_\_

**¿EL NIÑO TIENE UN RIESGO MAYOR DE REACCIÓN GRAVE QUE NECESITA EPINEFRINA SER DISPONIBLE EN LA ÁREA DE PRIMETIME? ( ) SI ( ) NO**

**Si es así, un FORMULARIO DEL PLAN DE ACCIÓN de alergias DE ALIMENTOS está disponible.**

**¿HAY ALGÚN PROCEDIMIENTO ESPECIAL REQUERIDO EN EL CUIDADO DEL NIÑO? ( ) SI ( ) NO**

Por favor especifique y detallar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA

En caso de que \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ sufre de una lesión o  
Nombre del Niño Fecha de Nacimiento

enfermedad mientras que esta en el cuidado del programa PRIMETIME de del Moultrie YMCA y el personal no puede ponerse en contacto conmigo (nosotros) inmediatamente, estará autorizado para obtener tal atención médica y cuidar al niño cuando sea necesario. Esto puede incluir llamar al transporte médico o transportar a su hijo en el vehículo de una persona del personal. Yo (nosotros) asumiré la responsabilidad del pago de los servicios. Yo (nosotros) estoy de acuerdo en mantener el programa de PRIMETIME informado de los cambios en los números de teléfono donde puedo ser localizado.

El programa se compromete a mantenerme informado de las incidencias que requieren atención médica profesional involucrando mi hijo.

Condiciones médicas conocidas (por ejemplo, diabetes, asma, alergias a medicamentos)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PADRE/GUARDIÁN:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

# ACUERDO DE LOS PADRES CON EL PROGRAMA DE PRIMETIME DEL MOULTRIE YMCA

El programa de PRIMETIME del Moultrie YMCA compromete a proporcionar cuidado de niños de edades escolar para \_\_\_\_\_ de lunes a viernes 2:30 pm a 6:00 pm desde agosto 2018 hasta mayo 2019.

**Mi hijo va a participar en el siguiente plan de comidas: merienda y/o cena.**

Los pagos son debidos a las 6:00 pm del viernes, para la próxima semana. Si el pago no se realiza antes del viernes a las 6:00 pm, se le cobrará un recargo de \$10. SIN EXCEPCIONES.

El programa de PRIMETIME del YMCA de Moultrie termina a las 6:00 pm. Hay un cargo de \$1.00 por minuto, por niño, para cualquier niño recogido después de las 6:00 pm. Cargos por pagos atrasados se deben cuando el niño es recogido.

Mi hijo no se le permitirá entrar o salir del centro sin estar acompañado por padre(s), persona autorizada por padre(s) o personal de servicio.

Yo reconozco que es mi responsabilidad de mantener los registros de mi hijo actuales para reflejar los cambios significativos que se produzcan. Por ejemplo: números de teléfono, lugar de trabajo, contactos de emergencia, el médico del niño, el estado de salud del niño,

El programa de PRIMETIME del Moultrie YMCA se compromete a mantener informado de cualquier incidente con el niño, incluyendo enfermedades, lesiones, reacciones adversas a los medicamentos, etc.

El programa de PRIMETIME del Moultrie YMCA se compromete a obtener la autorización por escrito de mí antes de que mi hijo participe en el enrutamiento de transporte, excursiones, actividades especiales fuera de las instalaciones y actividades que ocurren en aguas de más de dos (2) metros de profundidad.

Doy permiso al Programa de PRIMETIME del Moultrie YMCA para tomar fotografías de mi hijo en sus actividades diarias y utilizarlos en publicaciones como, pero no limitados a: The Moultrie Observer, boletines y folletos.

Entiendo que si mi hijo debe representar una amenaza para sí mismo/misma, con otros niños, y/o el personal, y/o los bienes que se le pedirá que firme un informe de conducta reconociendo el problema. Si mi hijo sigue constituyendo una amenaza para cualquiera de lo anterior y en conjunto no hemos sido capaces de mejorar el comportamiento del niño, soy consciente de que se le puede pedir a retirar a mi hijo del programa, y tendremos dos semanas para encontrar otros medios de cuidado.

**Al firmar abajo estoy diciendo que entiendo y estoy de acuerdo en cumplir las políticas y procedimientos para el programa de PRIMETIME del Moultrie YMCA y confirmar que recibe un Manual para Padres del programa PRIMETIME del Moultrie YMCA. Entiendo que los pagos recibidos después de las 6:00 pm los viernes tendrán un recargo de \$10.**

**PADRE/GUARDIÁN:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**DIRECTOR DEL PROGRAMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* **PARA EL AÑO ESCOLAR 2018-2019** \*\*\*\*\*

Ayuda con las tareas se ofrecerá en su sitio del programa PRIMETIME sin costo adicional desde 3:00pm - 4:30pm por un asistente de maestro.

Por favor firme abajo si usted desea que su hijo participe.

**PADRE / GUARDIÁN:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

## EXENCIÓN PARA EL PROGRAMA DE PRIMETIME DE MOULTRIE YMCA

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de Padres/Guardian \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Yo, el padre / guardián del menor mencionado anteriormente, doy permiso para que el menor participe en el programa de Primetime en the YMCA. El menor está física y mentalmente preparado para participar en todas las actividades.

En consideración de dicho menor está permitido entrar en la instalación YMCA y participar en todas las actividades que, como padre / guardián, decide:

1. Libero a la YMCA, sus directores, funcionarios, agentes empleados y voluntarios (colectivamente "Exonerados") de toda responsabilidad a mí ni a mi hijo menor de edad o pupilo nombrado anteriormente por cualquier pérdida o daño a la propiedad o lesión o muerte a mi persona cuando sea causado por eximido o no, y si bien dicho menor se encuentra en o cerca de las instalaciones de la YMCA o participando en actividades de the YMCA PrimeTime en otros lugares.
2. Me comprometo a no demandar Exonerados de cualquier pérdida, daños, lesiones o muerte sufridas por el antes mencionado menor y voy a indemnizar y mantener liberados inofensivos y cada uno de ellos de cualquier pérdida, responsabilidad, daño o costo que pudiera incurrir debido a la presencia de menores dentro, sobre o cerca de las instalaciones de la YMCA, ya sea causado por la negligencia del eximido o no.
3. Asumo toda la responsabilidad por cualquier riesgo, herida, muerte o daños a la propiedad debido a la negligencia de los Exonerados.
4. Soy plenamente consciente de y aprecio los riesgos, incluyendo el riesgo de lesión catastrófica, parálisis e incluso la muerte, así como otros daños y pérdidas asociados a la participación en las actividades y eventos de gimnasia.
5. Autorizo al programa de Primetime de the YMCA como agente del suscrito, doy mi consentimiento con respecto al menor mencionado para que sea examinado por rayos X, anestesia, diagnóstico médico, dental o quirúrgico o el tratamiento y la atención hospitalaria que sea considerado recomendable y se a rendido bajo la supervisión general o especial, de cualquier médico o cirujano con licencia en el Estado de Georgia y cualquier hospital, sea diagnosticado o tratado, ya sea en la oficina del médico o en el hospital. Entiendo que el programa de Primetime de the YMCA no es responsable de los gastos ocasionados por la atención médica.

Comprendo que este documento sea lo más amplio e inclusivo como lo permita la ley del estado de Georgia: Si cualquier parte del presente documento sea declarada nula, me acuerdo que el resto continuará en pleno vigor y efecto.

**PADRE / GUARDIÁN:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**TRANSPORTADOS AL SITIO DE PRIMETIME EN THE YMCA**  
**INFORMACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA PARA EL VEHÍCULO**

Nombre del Niño/a \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Teléfono de lugar de empleo \_\_\_\_\_  
Nombre de Madre \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Teléfono de lugar de empleo \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA Y PADRES NO PUEDEN SER ALCANZADO, CONTACTO:**

Nombre \_\_\_\_\_ No. de teléfono \_\_\_\_\_  
Doctor del Niño/a \_\_\_\_\_ No. de teléfono \_\_\_\_\_

El Moultrie YMCA utiliza Colquitt Regional Medical Center localizado en:

3131 S. Main St. Moultrie, GA 31768; 985-3420

Alergias del niño \_\_\_\_\_

Medicamentos Recetados actual \_\_\_\_\_

Necesidades y Condiciones especiales médicas para niños \_\_\_\_\_

**En caso de una emergencia relacionada con mi hijo, y si el programa de Primetime en the YMCA no puede ponerse en contacto conmigo, por la presente autorizo a cualquier tipo de atención médica de emergencia necesaria. También estoy de acuerdo en ser totalmente responsable de todos los gastos médicos incurridos en el tratamiento de mi hijo.**

**PADRE/GUARDIÁN:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**DIRECTOR DEL PROGRAMA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_