

## Registration Packet for the Carl Sanders YMCA

### After School Enrichment (ASE) Program 2019-2020 School Year

El YMCA de Carl E. Sanders se aproxima a una década de este trabajo con las familias en nuestro programa de enriquecimiento después de la escuela que sirve a la comunidad en Grove Park y las áreas circundantes. La elegibilidad para este programa es la siguiente:

o Los niños que asisten a Bolton, Scott o Boyd

o Los niños tendrán al menos 5 años de edad antes del 1 de septiembre de 2019 o Los niños son elegibles para almuerzo gratuito o precio reducido (los nuevos participantes deben presentar una prueba de esto)

o Los niños deben tener un formulario de vacunación actualizado; por favor, coloque una copia con esta solicitud

o Los padres / tutores se comprometen a garantizar la asistencia diaria de los niños al programa

o El padre (s) / tutor (es) debe estar disponible para reunirse con el niño en el autobús para dejar caer

o El padre (s) / tutor (es) actualizará cualquier cambio en la información de contacto o la vida

Este programa es gratuito para nuestras familias participantes y proporcionamos la entrega en casa después de la programación. Esto crea una alta demanda; Si un niño no asiste diariamente, esto comprometerá su estado en el programa, lo que resultará en un posible retiro debido a la baja asistencia. Por favor lea y complete esta solicitud a fondo. **Las solicitudes incompletas no pueden ser procesadas.** Una vez que se reciba una solicitud completa, nos comunicaremos con usted con respecto al estado de su hijo en el programa.

**HISTORIA PERSONAL DEL NIÑO:** Año escolar que atendieron mis hijos (un círculo): Bolton Boyd Scott

El nombre del niño 1: \_\_\_\_\_ Origen étnico \_\_\_\_\_: Sexo: M F

Edad: \_\_\_\_\_ Grado: (circulo uno) K 1 2 3 4 5 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Años después de la escuela: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

El nombre del niño 2: \_\_\_\_\_ Origen étnico: \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Edad: \_\_\_\_\_ Grado: (circulo uno) K 1 2 3 4 5 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Años después de la escuela: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Con quién vive el niño? en vivo: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Guardián (es) legal (es) del niño (un círculo): Ambos padres - Guardián 1 - Guardián 2

Otra \_\_\_\_\_

**Padre 1:** \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección del hogar (si diferente del niño): \_\_\_\_\_

Padre 1 Empleador: \_\_\_\_\_ Empleador telefono \_\_\_\_\_

Dirección del empleador/ Ciudad / Código postal: \_\_\_\_\_

**Padre 2:** \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección del hogar (si diferente del niño): \_\_\_\_\_

Padre 1 Empleador: \_\_\_\_\_ Empleador telefono \_\_\_\_\_

Dirección del empleador/ Ciudad / Código postal: \_\_\_\_\_

**Mi (s) hijo (s) será (marque UNO):** \_\_\_ Recogido en el sitio a las 6:30 pm todos los días \_\_\_ Devuelto en la dirección de la casa todos los días

Uso exclusivo de la oficina Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de retiro: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN DE RECOGIDA DE PADRES

Queremos garantizar la experiencia segura y agradable de su hijo en nuestro programa después de clases Por favor ayúdenos por aceptando los siguientes procedimientos:

- Cerraré a mi hijo si vengo a buscarlo.
- Voy a acompañar personalmente a mi hijo desde el área del programa. Si mi hijo viaja en el autobús, estaré allí para recibirlo en bajar.
- Proporcionaré por escrito la información requerida de aquellos que están autorizados para recoger a mi hijo.
- Entiendo que cualquier cambio para recoger la lista debe hacerse por escrito al Director del sitio.
- Los adultos que se enumeran a continuación están AUTORIZADOS para recoger a mi hijo o recibirlos en nuestra casa durante la entrega, incluidos Yo y cualquier otra persona autorizada.
- Entiendo que los adultos autorizados para recoger a mi hijo deben presentar una identificación con foto válida (preferiblemente un estado licencia de conducir u otra forma de identificación emitida por el gobierno).
- Entiendo que si el nombre y la dirección que figuran en la tarjeta de identificación no coinciden EXACTAMENTE con el de la persona que realiza la selección Hasta mi hijo, mi hijo no puede ser liberado.
- Entiendo que el personal SOLAMENTE entregará a un niño a los adultos autorizados que figuran a continuación o que figuran como contactos de emergencia.
- Entiendo que los adultos autorizados deben ser mayores de 18 años.
- Enumere a los padres en las líneas 1 y 2 de la lista de autorización de recogida. Actualízanos inmediatamente cuando haya algún cambio son requeridos.

**1. Padre 1:** \_\_\_\_\_ **Relacion al niño** \_\_\_\_\_  
**Telefono 1:** \_\_\_\_\_ **Telefono 2:** \_\_\_\_\_  
**Dirreccion:** \_\_\_\_\_

**2. Padre 2:** \_\_\_\_\_ **Relacion al niño** \_\_\_\_\_  
**Telefono 1:** \_\_\_\_\_ **Telefono 2:** \_\_\_\_\_  
**Dirreccion:** \_\_\_\_\_

**3. Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relacion al niño** \_\_\_\_\_  
**Telefono 1:** \_\_\_\_\_ **Telefono 2:** \_\_\_\_\_  
**Dirreccion:** \_\_\_\_\_

**4. Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relacion al niño** \_\_\_\_\_  
**Telefono 1:** \_\_\_\_\_ **Telefono 2:** \_\_\_\_\_  
**Dirreccion:** \_\_\_\_\_

Enumere a continuación cualquier persona que no pueda recoger a su hijo sin un permiso adicional por escrito. (Las copias de cualquier orden judicial para respaldar esto deben conservarse junto con este formulario).

**1. Nombre** \_\_\_\_\_  
**Relacion:** \_\_\_\_\_  
**2. Nombre** \_\_\_\_\_  
**Relacion:** \_\_\_\_\_

## RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS Y DIRECTRICES

Al firmar a continuación, reconozco que he leído la información anterior y que entiendo las políticas y pautas de la Programa y estoy de acuerdo en cumplir con ellos. Si tengo alguna pregunta o inquietud, me pondré en contacto con el Director del programa. Y o entiendo que el personal hace todo lo posible para proporcionar un programa de calidad, pero además es importante que los participantes y los padres sigan todas las reglas, pautas y procedimientos para que el programa sea una experiencia exitosa para todos.

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Un adulto DEBE estar presente en el momento de la entrega para recibir a su hijo. Esté listo a las 5:30 pm de lunes a viernes y asegure al conductor del autobúsTe veo y te reconoce. Si no hay un adulto presente, su hijo regresará a la Y para que usted venga a recogerlo.Nuestro compromiso con usted: SU HIJO ESTÁ EN NUESTRO CUIDADO HASTA QUE CONFIRMEMOS A UN ADULTO AUTORIZADO QUE LOS RECIBE.**

## INFORMACIÓN DE EMERGENCIA, RENUNCIA Y AUTORIZACIÓN MÉDICA

**Nombre del padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Información del niño complete un formulario para cada niño.

**Nombre Apellido:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

### Por favor responda todas las preguntas.

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ Masculino c Femenino c

¿Son actuales las inmunizaciones? c No c Sí

¿El niño ha sido hospitalizado o ha tenido operaciones, lesiones graves, fracturas, etc. en los últimos 5 años? c No c Sí

¿Tiene alguna discapacidad, necesidades especiales, enfermedades crónicas o recurrentes o afecciones? c No c Sí

¿Tiene alguna condición que requiera atención médica, tratamiento o consideraciones especiales durante el programa? c No c Sí

¿Hay actividades de las cuales su hijo debería estar exento por razones de salud? c No c Sí

Nombre los medicamentos actuales (recetados o sin receta) y dé instrucciones: \_\_\_\_\_

Lista de alergias y restricciones dietéticas: \_\_\_\_\_

**Si respondió Sí a alguna de las preguntas anteriores, proporcione detalles:**

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

### Información del seguro de salud:

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ en (hospital / clínica / oficina): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Compañía de seguros médicos: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia Inicial

Contacto de emergencia inicial: \_\_\_\_\_

Primero se debe contactar a los padres: Teléfono: \_\_\_\_\_

**Si no puede comunicarse con el contacto de emergencia inicial, incluya a un pariente y un vecino disponible para ser contactado:**

Nombre: Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Autorización del padre:

Certifico que, antes de participar en los programas de YMCA, he recibido toda la información que considero necesaria o importante para tomar una decisión informada con respecto a la participación de

mi hijo en dicha actividad o programa. Reconozco los riesgos inherente a la participación de mi hijo en las actividades. En consideración por el YMCA de Metro Atlanta, permitir que mi hijo participar, acepto voluntariamente asumir todos los riesgos de su participación en dicha actividad o programa.

EN CAMBIO POR PERMITIR QUE MI HIJO / ADMINISTRACIÓN PARTICIPA EN PROGRAMAS Y SERVICIOS DE YMCA, ACEPTO LIBERAR Y MANTENER PERMITIDOS a YMCA, sus empleados, funcionarios, directores y voluntarios, por cualquier pérdida, responsabilidad, reclamación de daños corporales lesión o muerte o daños a la propiedad, o costos que puedan surgir debido a mi uso de las instalaciones y equipos de YMCA participación en los programas de YMCA, incluidas las reclamaciones derivadas de negligencia de YMCA y sus empleados y voluntarios El uso de todas las instalaciones de la YMCA se realizarán bajo el propio riesgo del suscrito. Este acuerdo se registrá por las leyes de Georgia. Yo doy permiso para que mi hijo participe en excursiones supervisadas fuera del sitio. La información de salud sobre mi hijo que yo que he proporcionado a la YMCA (incluidos los registros de vacunación de mi hijo) está completo y es correcto hasta donde sé Mi hijo tiene permiso para participar en todas las actividades prescritas, excepto como se indica en sus materiales de registro.

**Autorización de tratamiento:** Doy permiso al personal médico seleccionado por el director para asegurar la emergencia médica tratamiento que incluye, entre otros, primeros auxilios, RCP, ingreso en cualquier hospital, exámenes, cirugía o anestesia general, siempre y cuando sea atendido es proporcionado por personas o instalaciones con licencia en el estado en el que se brinda dicho tratamiento. En el caso de que no pueda ser contactado en una emergencia, le doy permiso al médico seleccionado por el director para asegurar y administrar el tratamiento, incluyendo hospitalización, para mi hijo. Los formularios pueden ser fotocopiados para excursiones. Reconozco que cualquier tratamiento médico es mi responsabilidad financiera y no de Metro Atlanta YMCA, o de cualquiera de sus agentes, voluntarios o empleados.

**Consentimiento del hospital:** El hospital tiene permiso para tratar a mi hijo (nombre del hospital):

\_\_\_\_\_

Reconocimiento de Políticas y Directrices Al firmar a continuación, reconozco que he leído la información anterior y que entiendo las políticas y pautas de la Programa y estoy de acuerdo en cumplir con ellos. Si tengo alguna pregunta o inquietud, me pondré en contacto con el Director del programa. Entiendo que el personal hace todo lo posible para proporcionar un programa de calidad, pero además es importante que los participantes y los padres siga todas las reglas, pautas y procedimientos para que el programa sea una experiencia exitosa para todos.

**Firma del padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Si hay otras solicitudes o necesidades especiales para su (s) hijo (s), hay espacio en una página posterior para que lo haga.**

**Notas adicionales.**

**Nuestro compromiso con usted: CUIDAREMOS EL BIENESTAR DE SU HIJO; SU SEGURIDAD ES NUESTRA PRINCIPAL PRIORIDAD.**

## **DECLARACIÓN, AUTORIZACIÓN, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACUERDO DE EXENCIÓN PARA MIEMBROS, INVITADOS Y PARTICIPANTES DEL PROGRAMA.**

(Este acuerdo reemplaza todos los acuerdos orales o escritos anteriores. Actualizado el 28 de junio de 2010)

### **NUESTRA PROMESA A USTED**

El YMCA de Metro Atlanta se esfuerza por proporcionar un entorno seguro y programas para usted, su familia e invitados. El YMCA proporciona emocionante, Programas para mejorar la vida que involucran ejercicio, viajes, aprendizaje y deportes. Estos programas tienen una cierta cantidad de riesgo asociado con ellos. Este formulario es para informarle de esos riesgos y solicitarle que asuma ciertas responsabilidades por sus decisiones y acciones y las de cualquier otro. menores bajo su custodia o cuidado (en adelante "mis dependientes").

### **PARA TU SALUD**

- Yo y mis dependientes entendemos que estamos participando voluntariamente en actividades relacionadas con el ejercicio, la actividad física y / o el programa de YMCA y viajes al campo.
- Es mi responsabilidad monitorear mi propia condición y la de mis dependientes a través de cualquier actividad o programa y, en caso de que ocurren síntomas inusuales, yo y mis dependientes dejaremos de participar e informaremos al instructor y / o al personal sobre los síntomas.
- En el caso de que se deba obtener una autorización médica antes de participar en un programa de actividad física, yo y mis dependientes aceptamos Consulte a un médico y obtenga un permiso por escrito del médico antes del comienzo de cualquier programa. Yo y mis dependientes \_Acepta asumir los riesgos naturales asociados con el ejercicio y la actividad física.
- Doy permiso a cualquier miembro del personal de YMCA para administrar primeros auxilios en caso de una emergencia y para asegurar las unidades de respuesta al 911 para cualquier Tratamiento médico o quirúrgico necesario para mí y mis dependientes. Entiendo que el personal intentará llamar a los contactos de emergencia, en mi Registro de hogares de YMCA, pero no se requiere que lo haga antes de tomar una acción. Entiendo y acepto que el seguro de accidente primario y Cualquier gasto médico incurrido será mi responsabilidad.

### **PARA SU SEGURIDAD**

- Yo y mis dependientes entendemos las instalaciones de YMCA, especialmente los estacionamientos y los vestuarios para los miembros y los huéspedes. conveniencia al participar en programas o utilizar las instalaciones de la sucursal. El YMCA no es responsable por vandalismo, robos o robos de propiedad personal. Entiendo que YMCA recomienda que los objetos de valor no se lleven a las actividades del programa ni a ningún local.
- Estoy de acuerdo en reportar cualquier actividad sospechosa inmediatamente a la YMCA. Entiendo que es mi responsabilidad solicitar, leer y después la inscripción cumple con las políticas de reembolso, cancelación y pago de tarifas relacionadas con la membresía específica y la participación en el programa.

### **CON RESPECTO A SU CONDUCTA**

- Yo y mis dependientes no traeremos armas, sustancias controladas o alcohol en las premisas YMCA.
- Entiendo que cualquier forma de solicitud está prohibida y el uso de violencia, ruido, fuerza, coerción, conducta sexual inapropiada, amenazas, intimidación, conducta insegura con respecto a los niños,

miedo, resistencia, insultos u otra conducta, que causa intencional o no intencionalmente interrumpir o prevenir la capacidad de los miembros de YMCA para disfrutar de las actividades de su programa, membresía o personal de YMCA y / o voluntario La capacidad para llevar a cabo la clase o sus obligaciones laborales, no es un comportamiento aceptable, está en conflicto con los valores de YMCA y puede resultar en mi retiro del programa del dependiente o terminación de la membresía de mi membresía. Soy consciente de que la YMCA se reserva el derecho, dentro de a su entera discreción, retirar la participación en el programa y los privilegios de membresía a cualquier persona por cualquier motivo que YMCA, en su exclusiva discreción, se considera apropiado o en interés de la YMCA y / o sus patrocinadores.

### **SU CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN**

- EN CAMBIO POR PERMITIRME PARTICIPAR EN PROGRAMAS Y SERVICIOS DE LA YMCA, ACEPTO LIBERAR Y SOLICITAR\_NO MANTENGA a YMCA, a sus empleados, funcionarios, directores y voluntarios, por cualquier pérdida, responsabilidad, reclamación de lesiones corporales o muerte o daños a la propiedad, o costos que pueden surgir debido a mi uso de las instalaciones y equipos de YMCA y mi participación en YMCA programas, incluidas las reclamaciones derivadas de negligencia de la YMCA y sus empleados y voluntarios. El uso de todas las instalaciones de YMCA asumirse a riesgo del abajo firmante. Este acuerdo se regirá por las leyes de Georgia.
- Autorizo el uso y la reproducción de cualquiera y todas las fotografías o secuencias de video de mí mismo o de mis dependientes para la promoción de YMCA sin compensación, y entiendo que es responsabilidad personal de los miembros y sus invitados (s) evitar ser\_Fotografiado si así lo desean. Al firmar este formulario, acepto que he leído todo el formulario y entiendo mis responsabilidades para Participación y conducta en los programas y actividades de la YMCA.

---

Firma

Nombre(en letra de imprenta)

Fecha

---

Cónyuge (si es miembro de la familia)

Fecha

---

Nombre (s) de niño / niños

---

Padre

Fecha

---

Contacto de emergencia / Relación

Teléfono de casa #

Teléfono celular



## ACUERDO DE POLÍTICAS DEL PROGRAMA - (INICIAL Y SIGNO)

**Elegibilidad.** Mi hijo debe estar en el programa de almuerzo gratuito reducido en Woodson Park, Bolton o Scott Elementary School en el distrito de las Escuelas Públicas de Atlanta Durante el año escolar 2018-2019. A continuación, puedo contar más de nuestra historia para que el equipo de ASE pueda saber cómo este programa está beneficiando a mi (s) hijo (s) y a mi familia. Entiendo la asistencia diaria a la escuela y se requiere que ASE permanezca en el programa. La falta de asistencia afecta negativamente la elegibilidad. [REDACTED] (inicial)

**Cuidado.** Entiendo que YMCA está de acuerdo en proporcionar cuidado de niños de lunes a viernes desde la salida de la escuela hasta el final del programa. Este cuidado incluye un Merienda nutritiva y una comida. Los estudiantes no deben traer alimentos al programa, y debo informarle al Director del Programa si mi hijo tiene restricciones dietéticas. AVISO A LOS PADRES Y TUTORES: ESTA INSTALACIÓN NO LLEVA A SU RESPONSABILIDAD LA COBERTURA DEL SEGURO SUFICIENTE PARA PROTEGER A SUS HIJOS EN EL EVENTO DE UNA LESIÓN, ETC. [REDACTED] (inicial)

**Firmas Originales.** Entiendo que puedo enviar por fax los formularios de inscripción para inscribir a mi hijo en el Programa de enriquecimiento después de clases (ASE), pero debo agregar Firmas originales a la documentación por fax. [REDACTED] (inicial)

**El Programa de Enriquecimiento Después de la Escuela (ASE) ofrece oportunidades excepcionales de aprendizaje y crecimiento. Como nota, ASE opera en un estado de exención Con respecto a las licencias de Bright desde el inicio. No se cobran tarifas por ninguna parte del programa. Entiendo que una membresía del programa YMCA la tarifa de \$ 40 (tarifa anual) por familia no se aplica a los participantes que aún no son miembros actuales de YMCA.** [REDACTED] (inicial)

**Asistencia.** Entiendo que el Programa ASE es un programa de tiempo completo de 5 días y se requiere asistencia regular. Cualquier circunstancia atenuante será se debe discutir con el Director del programa, ya que la participación continua podría suspenderse debido a la asistencia irregular. [REDACTED] (inicial)  
Entiendo que el programa en el sitio de la YMCA se cierre puntualmente a las 6:30 pm. Si mi hijo está en la Y a la hora de cierre, YStaff intentará comunicarse con los padres primero y Luego se procederá a los contactos de emergencia enumerados. El YMCA es requerido por ley como un reportero obligatorio al Departamento de Servicios para la Familia y el Niño si un niño no se recoge una hora después del cierre del programa ASE (a las 7:30 pm). [REDACTED] (inicial)

**Cancelación.** Entiendo que el programa ASE requiere un aviso por escrito de **una semana** de mi retiro al Director del sitio o al Director del programa. [REDACTED] (inicial)

**Inmunizaciones.** Entiendo que se requiere un registro actual de vacunas del departamento de salud # 3231 con los documentos de inscripción. [REDACTED] (inicial)

**Niños enfermos.** Para mantener un ambiente seguro y saludable para todos los niños, entiendo que los niños que están enfermos **incluyen, pero no están limitado** a temperaturas orales de 101 grados o más, cualquier síntoma contagioso como erupciones, dolor de garganta, congestión, vómitos, etc. no debe Asistir después de la escuela. Si mi hijo ha estado expuesto o ha contraído alguna enfermedad

contagiosa o infecciosa grave, no podrá regresar hasta acompañado de una nota del médico del niño. Entiendo que el YMCA me mantendrá informado de cualquier incidente, incluyendo enfermedades, lesiones y la exposición a enfermedades contagiosas y se publicará cuando se haya introducido una enfermedad contagiosa en el programa. Los arreglos deben ser hecho para recogida inmediata si me notifican que mi hijo está enfermo. \_\_\_\_\_ (inicial)

**Actualizaciones.** Estoy de acuerdo en mantener informado al Director de Sitio de ASE sobre cualquier cambio en la información y actualización sobre cualquier cambio significativo que pueda afectar a mi hijo. \_\_\_\_\_ (inicial)

**Medicación.** Si es necesario distribuir medicamentos, estoy de acuerdo en contactar al Director del Programa para que se puedan hacer los arreglos. \_\_\_\_\_ (inicial)

**Cierre de escuelas relacionadas con el clima.** Entiendo que después de la escuela se cancelará si la escuela de mi hijo cierra debido a las inclemencias del tiempo o cualquier emergencia. En caso de que el YMCA o la escuela de mi hijo dejen de ser lo antes posible, debo seguir los procedimientos de comunicación que se detallan en El manual de los padres. Todos los niños deben tener una recogida o cuidado alternativo al momento de la salida. El YMCA solo entregará niños a adultos autorizados en la lista de pick-up. En el caso de cierres escolares relacionados con el clima, es posible que el programa tenga que recuperar ese tiempo durante el curso escolar. y se me notificará de la revisión programada. \_\_\_\_\_ (inicial)

**Necesidades especiales.** Entiendo que para que la YMCA modifique adecuadamente la prestación de servicios de cuidado de niños para abordar diversas necesidades, deben saber al momento de inscripción si mi hijo tiene necesidades especiales que requieren adaptaciones o modificaciones. \_\_\_\_\_ (inicial)

**Reconocimiento de Políticas y Directrices.** Al firmar a continuación, reconozco que he leído la información anterior y que entiendo las políticas y las pautas del programa y acepto cumplirlas. Si tengo alguna pregunta o inquietud, me pondré en contacto con el Director del programa. Entiendo que el personal hace todo lo posible para proporcionar un programa de calidad, pero además es importante que los participantes y los padres sigan todas las reglas, pautas y procedimientos para que el programa sea una experiencia exitosa para todos. \_\_\_\_\_ (inicial)

**Firma de la padre** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

La comunicación es clave. Tenga en cuenta que queremos que comunique cualquier cambio que nos ayude a atender bien a su hijo. Nosotros también deseamos estar en la misma página en la que entramos en este año escolar para que su hijo tenga la mejor experiencia.

Nuestro compromiso con usted: PARA VINCULAR LOS BRAZOS CON NOSOTROS, ALREDEDOR DE SU HIJO, CON LO QUE NECESITAN TRATAR.

## Ofrendas Adicionales y SU VOZ

Tenemos varias ofertas que queremos que aproveche si es de beneficio para usted y sus familias. Consulte a continuación y responda: ¡aquí es donde su voz puede ser escuchada!

### Bolsas de comida

Proporcionamos bolsas de comida al final de cada semana, sabiendo que muchas de nuestras familias se benefician con el artículos adicionales. Los bolsos incluyen una mezcla de productos y despensa y se envían a casa con los niños los viernes.

Por favor optar dentro o fuera del año:

\_\_\_\_\_ Sí, me gustaría recibir una bolsa de comida semanal

\_\_\_\_\_ No, no quiero una bolsa de comida semanal

### Participación de los padres

Queremos involucrarnos más que a su hijo, también queremos brindarle beneficios y compromisos. Háganos saber en qué podría estar interesado a continuación (Marque todo lo que corresponda):

\_\_\_\_\_ Asistiría a clases para padres si se ofreciera attend Asistiría a un grupo de padres iguales si fuera ofrecido

\_\_\_\_\_ Asistiría a clases para habilidades laborales \_\_\_\_\_ Estoy interesado en ayudar a involucrar a otros padres

\_\_\_\_\_ Estoy interesado en aprender más sobre educación financiera \_\_\_\_\_ Asistiría a talleres sobre acondicionamiento físico / bienestar

\_\_\_\_\_ Puedo compartir las siguientes habilidades con otros padres / su personal / los niños

\_\_\_\_\_

Otros pensamientos sobre cómo le gustaría participar:

\_\_\_\_\_

---

### Campaña de por qué importa (WIM)

La razón por la que podemos ejecutar este programa de forma gratuita es porque recaudamos dinero cada año de cientos de donantes. Nuestro

El personal, los miembros de la junta y los miembros también nos ayudan a recaudar fondos. Nos encantaría que fueras parte de

Asegurando que este programa pueda funcionar para sus hijos y otras personas cada año. Por favor marque todos los que apliquen:

\_\_\_\_\_ Me gustaría ayudar a recaudar fondos para la Campaña WIM

\_\_\_\_\_ Me gustaría contar mi historia para compartirla durante la Campaña WIM

\_\_\_\_ No estoy seguro acerca de la recaudación de fondos, pero estoy interesado en aprender más

\_\_\_\_ Currently Actualmente no estoy interesado en ser parte de la recaudación de fondos

**Comparte tu voz**

¿Tienes una idea? ¿Hay algún hueco que veas que podamos llenar? ¿Tienes algo especial que ofrecer?

Hay un

¿Necesita usted, su familia o su comunidad y hay problemas para satisfacer la necesidad? ¡Compártelo aquí!

---

---

---

---

**Youth Fit 4 Life**  
**Acuerdo de participación**

Esto es para certificar que \_\_\_\_\_ **(Nombre del padre)** tiene la autoridad para dar permiso para \_\_\_\_\_ **(Nombre del niños)** para participar en el programa YMCA Youth Fit 4 Life. Como padre o tutor, también acepto reconocer que asumiré la responsabilidad de los riesgos asociados con la participación de mi hijo en el componente de ejercicio de YMCA Youth Fit 4 Life Programa. Los riesgos de participar en este programa no son mayores que la participación en cualquier bien programa de actividad física diseñado para alguien de la edad y el maquillaje físico de su hijo. Por ejemplo, los nuevos deportistas pueden experimentar inicialmente cierto dolor muscular y el ejercicio puede afectar a algunos niños a un mayor riesgo de lesiones. Si su hijo tiene una lesión durante el examen físico moderado a vigoroso actividades, se proporcionarán tratamientos médicos siguiendo las políticas y procedimientos existentes de su o él sitio después de la escuela.

Entiendo y afirmo que mi hijo / a está en buena salud y condición física para participar en este programa. Reconozco que he leído y estoy completamente familiarizado con los contenidos de esta participación acuerdo y han firmado voluntariamente este documento. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento sin que esto afecte la participación de mi hijo en el programa extracurricular YMCA

Doy permiso para participar en la YMCA. \_\_\_\_\_ **(Nombre del niños)**. El programa Youth Fit 4 Life por el período de tiempo especificado y apoyará su finalización exitosa.

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Dirección Ciudad**

\_\_\_\_\_  
**Estado y Código Postal**

\_\_\_\_\_  
**Dirección de correo electrónico**

\_\_\_\_\_  
**Número de teléfono de casa / celular**

**Acuerdo de transporte del programa**

Esto es para certificar que le doy permiso a **The Carl E. Sanders Family YMCA en Buckhead** para transportar mi niños):

\_\_\_\_\_  
(Nombre del niño 1)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del niño 2)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del niño 3)

A partir de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

(Lugar de recogida, es decir, Nombre de la escuela) (Hora de recogida)

a 1160 Moores Mill Road Atlanta Ga 30327.

Mi (s) hijo (s) enumerados anteriormente serán transportados desde 1160 Moores Mill Road Atlanta GA 30327 al final

del tiempo del programa a \_\_\_\_\_.

(Dirección de entrega, es decir, la dirección de su casa)

Los siguientes adultos (mayores de 18 años), incluyéndome a mí mismo, están autorizados para recibir a mi hijo:

\_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

(Mí mismo)

\_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

(Nombre del adulto)

\_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

(Nombre del adulto)

Entiendo que yo o un adulto mencionado anteriormente debemos estar listos para recibir a mi hijo antes de las 5:30 pm en el programa

días. Si un adulto autorizado no está presente para recibir a mi hijo y es visto por el personal de YMCA, mi hijo será

traído de vuelta a la YMCA para que lo recoja y me contactarán. El personal de YMCA no entregará a un niño a un

Hogar que puede estar sin supervisión. Esto es para garantizar la seguridad de mi hijo y mi tranquilidad como un

padre.

Firma (padre / madre) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## ACUERDO DE PARTICIPACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Entiendo que yo o mi hijo ("Estudiante") han sido seleccionados para participar en el programa The YMCA After School Enrichment Program ("el Programa").

Acepto notificar al Publico Distrito Escolar del Condado de Atlanta dentro de los tres (3) días si el niño se retira del Programa.

En consideración al Estudiante que participa en el Programa y las actividades relacionadas, por medio del presente, acuerdo eximir, renunciar, despedir, indemnizar y mantener indemne, en la máxima medida permitida por la ley, al Publico distrito escolar del condado de Atlanta y a sus miembros actuales, pasados y futuros, miembros de la junta, oficiales, directores, empleados, contratistas, voluntarios, facilitadores, representantes, sucesores y cesionarios (las "Partes indemnizadas") desde y contra cualquier y todas las acciones, reclamos o pérdidas, ya sean conocidas o desconocidas, anticipadas o imprevistas ("Reclamaciones"), que puedan surgir de o en relación con la administración del Programa o cualquier servicio provisto o realizado por cualquiera de dichas partes en relación con el Programa, ya sea que tales Reclamaciones se basen en negligencia, responsabilidad estricta, incumplimiento de la garantía, contrato o de otro modo. Además, renuncio total, completa e incondicionalmente y libero a cada una de las partes indemnizadas de todos los derechos, responsabilidades, impuestos, cargos, demandas, acciones, daños, costos, honorarios de abogados o gastos de cualquier tipo que pueda tener ahora o en el futuro contra cualquiera de ellos relacionado con la participación del Estudiante en el Programa.

Acepto que el Publico Distrito Escolar del Condado de Atlanta puede divulgar o debatir todos y cada uno de los registros educativos con el Programa con el fin de servir al alumno o evaluar el Programa. Esto puede incluir compartir el GTID (Georgia Testing IDs) (Identificación de Evaluaciones de Georgia) con el Departamento de Educación de Georgia.

Nombre del Estudiante (Letra Imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/ Guardian (Letra Imprenta): \_\_\_\_\_

Firma Padre/Representante Autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_



**Para: Padre / Cuidador**

**Asunto:** Evaluación del programa extracurricular de YMCA en Carl Y Sanders Family YMCA en Buckhead.

**Fecha:** La Primavera 2019

Esta carta se le envía hoy porque su (s) hijo (s) actualmente participa (s) en el Programa después de clases de YMCA en Carl E. Sanders Family YMCA en Buckhead. A fin de que Asegúrese de que YMCA Afterschool sea de alta calidad y tenga un impacto positivo en su (s) hijo (s), el programa se involucra en la evaluación continua y los esfuerzos de mejora de la calidad. Debido a que su hijo participa en el programa extracurricular de YMCA, se le invitará a completar un Encuesta en línea o en papel al principio y al final de cada ciclo del programa. Estas encuestas miden El impacto del programa en el desarrollo de su hijo y captura las experiencias de su hijo dentro del programa, lo que nos permite hacer mejoras críticas para satisfacer sus necesidades. Todos los jóvenes Involucrados en el programa extracurricular de YMCA serán invitados a participar en esta encuesta.

### **¿Cómo participará su hijo en la encuesta?**

Las encuestas tardan unos 20 minutos en completarse y normalmente se realizarán durante el programa normal Horas en que se reúne el programa. Su hijo será invitado a completar la encuesta en grupo. Configuración en línea o en papel, o reciba un correo electrónico o mensaje de texto con un enlace a la encuesta para completar la encuesta por su cuenta. La participación es completamente voluntaria. Usted y su hijo tienen el derecho de terminar su participación en cualquier momento o rechazar su participación por completo sin poner en peligro su estado en el programa. Ninguna de las actividades interferirá con el tiempo de instrucción de su hijo o afectará su Calificaciones académicas.

### **¿Cuáles son los beneficios de tomar la encuesta?**

Su hijo se volverá más reflexivo acerca de sus habilidades y comportamientos. La reflexión es una clave. Se ha demostrado que las habilidades de desarrollo conducen a una amplia gama de beneficios para los jóvenes. Además, a medida que el personal adulto aprende más sobre los intereses y experiencias de su hijo en el programa, podrán adaptar las actividades para satisfacer sus necesidades.

### **¿Hay algún riesgo o incomodidad al tomar la encuesta?**

Los riesgos son mínimos o nulos para participar en este estudio. Sin embargo, su hijo puede sentirse emocionalmente incómodo cuando se le pide que haga juicios sobre ellos mismos y el programa. Formulario de consentimiento completo de los padres / cuidadores página 2 de 2 Padre Completo / Cuidador Formulario de consentimiento.

### **¿Cómo se protege la confidencialidad de mi hijo?**

Toda la información obtenida de su hijo en la encuesta se mantendrá confidencial y se utilizará Por personal para aumentar la calidad del programa. Los gerentes de programa también tendrán acceso a la datos para que puedan continuar mejorando el programa y apoyando las necesidades individuales de su hijo. Todos los datos se recopilan y analizan a través de una plataforma en línea llamada Hello Insight. La de su hijo El nombre no se asociará con los datos en Hello Insight. Los datos dentro de esta plataforma

se mantienen. confidencial en una base de datos segura. Hello Insight nunca usará el nombre de su hijo por ningún motivo relacionados con estos datos, y todos los datos que se muestran a través de este sistema destacarán el grupo resultados.

**¿Con quién me comunico si tengo preguntas sobre la encuesta?**

Si tiene preguntas sobre este proceso o las encuestas en sí, puede comunicarse con Kendra Bethely, Director Asociado Senior de Programas Después de la Escuela en el Carl E. Sanders Family YMCA en Buckhead en 404-267-4832.; Tarin Crookston en la oficina de la Asociación YMCA de Metro Atlanta en (404) 267-5360; o también puede contactar a Hello Insight en [support@helloinsight.org](mailto:support@helloinsight.org).

Si acepta que su hijo puede tomar la encuesta, firme y envíe este formulario.

**Acuerdo**

He recibido y leído este formulario. Estoy de acuerdo en permitir que mi (s) hijo (s) participen en el llenado Encuestas dentro de este programa.

---

**Firma del Padre**

---

**Nombre del padre / tutor impreso**

---

**Fecha**

---

**Nombre, segundo nombre y apellido del niño**

---

**Segundo nombre, segundo nombre y apellido del segundo hijo (si corresponde)**