



YMCA of Metro Atlanta

INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA 2026-2027

ÍNDICE

1. Portada
2. Instrucciones de inscripción y antecedentes personales del niño/la niña
3. Recogida autorizada
4. Exención de responsabilidad médica e información para casos de emergencia
5. Autorización para retirarse y consentimiento para recibir tratamiento
6. Políticas de pago y del programa
7. Selección de pago
8. Autorización de evaluación del programa Y
9. Autorización de transporte y formulario médico de emergencia
10. Autorización para realizar natación
11. Información del CACFP
12. Lista de verificación de inscripción

Todas las secciones deben completarse en su totalidad. Indique N/C o tache cualquier sección que no sea relevante para su hijo/a.

Entregue el paquete completo junto con los Registros de vacunación GA 3231 actualizados a su sede local de YMCA.

Regístrese en línea en ymcaatlanta.my.site.com/s/registration. Luego, lleve un paquete de inscripción impreso debidamente completado al centro local de Y Afterschool junto con los registros de vacunación al día de cada niño/a el primer día del programa extracurricular de su hijo/a o antes.
O insíbase en la sede de YMCA con el formulario de inscripción debidamente completado y la vacunación al día.

BIENVENIDO AL PROGRAMA EXTRACURRICULAR DE LA YMCA

No existe una organización como la Y. Profundamente arraigado en su comunidad, nuestro movimiento está formado por personas de todas las edades y de todos los ámbitos de la vida, que trabajan codo a codo para asegurar que todos, independientemente de su sexo, ingresos o antecedentes tengan la oportunidad de vivir la vida plena. Valoramos la atención, la honestidad, el respeto y la responsabilidad, y todo lo que hacemos se deriva de ello. Nuestro personal de los 55 centros de programas extracurriculares en seis condados está personalmente comprometido a ayudar a las familias a elevar el potencial máximo de sus hijos.

Somos la organización sin ánimo de lucro líder del país en el fortalecimiento de las comunidades a través del desarrollo de la juventud, la vida sana y la responsabilidad social. Con un enfoque en nutrir el potencial de cada niño/a, mejorar la salud y el bienestar de la nación y proporcionar oportunidades para devolver y apoyar a los vecinos, la Y permite que todos estén sanos, confiados, conectados y seguros. Tómese su tiempo para familiarizarse con este paquete. Nos esforzamos por ofrecer una experiencia extracurricular que modele las mejores prácticas para mantener a los niños/as seguros y ofrecer un impacto a través de un cuidado infantil de calidad y asequible.

Se requiere un paquete de inscripción completo para cada niño/a que se inscriba en el programa. Los paquetes completos deben ser entregados a la Y junto con una copia de los registros de vacunación de cada niño/a, antes o en la fecha de inicio de su hijo/a. Ningún menor podrá participar en nuestro programa sin un expediente completo archivado.

ANTECEDENTES PERSONALES DEL NIÑO/A

Nombre del niño/la niña: _____ Fecha de inicio: _____

Nombre preferido: _____ Escuela: _____

Origen étnico: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Sexo: (marque con un círculo) M F Otro _____

Edad: _____ Grado: (marque con un círculo) PK K 1 2 3 4 5 6 7 8

Teléfono particular: _____ Teléfono preferido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

El/la niño/a vive con: _____

Tutor(es) legal(es) del niño/la niña: Ambos padres Tutor legal principal Tutor legal secundario

TUTOR LEGAL PRINCIPAL

Nombre tal como aparece en la identificación:	Relación con el niño/la niña:
Dirección de trabajo:	
Fecha de nacimiento del tutor: / /	Dirección del tutor: <i>(si es diferente a la del niño/la niña)</i>
Contacto del tutor legal principal: Correo electrónico:	
Teléfono 1:	Teléfono 2:
Contacto de emergencia del tutor legal principal:	
Correo electrónico:	Teléfono 2:

TUTOR LEGAL SECUNDARIO

Nombre tal como aparece en la identificación:	Relación con el niño/la niña:
Dirección de trabajo:	
Fecha de nacimiento del tutor: / /	Dirección del tutor: <i>(si es diferente a la del niño/la niña)</i>
Contacto del tutor legal secundario: Correo electrónico:	
Teléfono 1:	Teléfono 2:
Contacto de emergencia del tutor legal secundario:	
Correo electrónico:	Teléfono 2:

TUTOR LEGAL ADICIONAL

Nombre tal como aparece en la identificación:	Relación con el niño/la niña:
Dirección de trabajo:	
Fecha de nacimiento del tutor: / /	Dirección del tutor: <i>(si es diferente a la del niño/la niña)</i>
Contacto del tutor legal adicional: Correo electrónico:	
Teléfono 1:	Teléfono 2:
Contacto de emergencia del tutor legal adicional:	
Correo electrónico:	Teléfono 2:

AUTORIZACIÓN DE RECOGIDA DE LOS PADRES

El personal de la YMCA desea garantizar que su hijo/a tenga una experiencia segura y agradable en nuestro programa extracurricular.

Por favor ayúdenos aceptando los siguientes procedimientos:

- Entiendo que la interacción con otros/as niños/as y/o entrar en el espacio del programa más allá del punto de salida no está permitido.
- Me aseguraré de firmar la salida de mi hijo/a y de acompañarlo/a personalmente desde el área de recogida del programa extracurricular hasta la salida del edificio..
- Proporcionaré por escrito la información requerida de las personas autorizadas para recoger a mi hijo/a, incluyéndome a mí y a cualquier otra persona autorizada.
- Entiendo que cualquier cambio en la lista de personas autorizadas para recoger al menor debe hacerse por escrito y que la recepción de dichos cambios debe ser confirmada por escrito por el personal de la YMCA.
- Entiendo que soy responsable de agregar/cambiar cualquier recogida autorizada/no autorizada a través de mi portal de membresía YMCA o mi equipo de membresía de sucursal local.
- Entiendo que los adultos autorizados para recoger a mi hijo/a deben presentar una identificación válida con foto (preferiblemente una licencia de conducir del estado u otra forma de identificación emitida por el gobierno).
- Entiendo que, si el nombre y la dirección que figuran en la identificación no coinciden EXACTAMENTE con los de la persona que recoge a mi hijo/a, es posible que no se autorice su salida.
- Entiendo que el personal de la YMCA SOLO entregará al menor a los adultos autorizados que figuran a continuación o a los adultos registrados como tutores legales.
- Entiendo que los adultos autorizados deben tener 18 años o más.
- **Los tutores legales se agregarán automáticamente a la lista de recogida autorizada. A continuación, enumere a cualquier otra persona que pueda recoger al niño/niña.**

RECOGIDAS AUTORIZADAS PARA:*(Nombre del menor en letra de imprenta)* _____

1. La persona autorizada para la recogida es mayor de 18 años

Nombre:	Relación con el niño/la niña:
Dirección:	
Teléfono 1:	Teléfono 2:

2. La persona autorizada para la recogida es mayor de 18 años

Nombre:	Relación con el niño/la niña:
Dirección:	
Teléfono 1:	Teléfono 2:

3. La persona autorizada para la recogida es mayor de 18 años

Nombre:	Relación con el niño/la niña:
Dirección:	
Teléfono 1:	Teléfono 2:

4. La persona autorizada para la recogida es mayor de 18 años

Nombre:	Relación con el niño/la niña:
Dirección:	
Teléfono 1:	Teléfono 2:

Enumere a continuación las personas que **no pueden recoger** a su hijo/a sin un permiso adicional por escrito. (Las copias de cualquier orden judicial que respalde esto deberán guardarse con este formulario). Se debe proporcionar una orden judicial si la persona no autorizada es padre biológico o tutor. Proporcionar una fotografía queda a su discreción.

1. Nombre: _____ Relación: _____ *Fotografía adjunta de persona sin autorización para la recogida*
2. Nombre: _____ Relación: _____ *Fotografía adjunta de persona sin autorización para la recogida*
3. Nombre: _____ Relación: _____ *Fotografía adjunta de persona sin autorización para la recogida*
4. Nombre: _____ Relación: _____ *Fotografía adjunta de persona sin autorización para la recogida*

RECONOCIMIENTO DE LAS POLÍTICAS Y PAUTAS

Al firmar a continuación, reconozco que he leído lo anterior y el Manual para padres, y que entiendo las políticas y pautas del programa, y me comprometo a 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 y que los participantes y los padres deberán seguir todas las reglas, pautas y procedimientos para que el programa sea una experiencia exitosa para todos.

Firma del padre/madre/tutor _____

Fecha _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA, RENUNCIA Y AUTORIZACIÓN MÉDICA DE LA YMCA DEL ÁREA METROPOLITANA DE ATLANTA

Nombre del padre/madre/tutor en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Nombre del niño/la niña: _____ Apellido: _____ Edad: _____

Grado: (marque con un círculo) PK K 1 2 3 4 5 6 7 8 Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Sexo: (marque con un círculo) Hombre Mujer Otro _____

Información sobre necesidades médicas/de apoyo especial: Marque con un círculo Sí o No para cada uno

- ¿El niño/la niña ha sido hospitalizado o ha tenido operaciones, lesiones graves, fracturas, etc. en los últimos cinco años? Sí No
- ¿Tiene el niño/la niña alguna discapacidad, necesidad especial, enfermedad o afección crónica o recurrente? Sí No
- ¿Tiene el niño/la niña alguna afección que requiera tratamiento médico o consideraciones especiales mientras se encuentre en el pre? Sí No
- ¿Tiene el niño/la niña alguna necesidad que requiera servicios especiales de apoyo durante la jornada escolar? Sí No
- ¿Hay alguna actividad de la que su niño/a deba estar exento por motivos de salud? Sí No

Si ha respondido "Sí" a alguna de las preguntas anteriores, facilite detalles *y no dude en adjuntar información:**

Medicamentos actuales (con y sin receta)		
Nombre del medicamento <i>Ejemplo: leptoreal</i>	Dosis y frecuencia/día <i>Ejemplo: 10 mg, 2 veces al día</i>	Horarios de administración <i>Ejemplo: Dosis 1: 8 a. m. Dosis 2: 4 p. m.</i>

***Si es necesario administrar medicamentos (con o sin receta) durante el horario del Programa extracurricular,** los padres/tutores deberán proporcionar al Director del Programa una carta en la que se indique el medicamento, la dosis, la hora de administración y los detalles. Comprendo que si mi hijo/a no desea tomar el medicamento que debe administrarse, no será forzado y se comunicarán con el padre/madre/tutor. *Vea a la Directora del centro

Lista de alergias y restricciones alimenticias (incluya la alergia y la reacción al alérgeno). Si no hay ninguno, indique N/C:

PROVEEDOR DE CUIDADOS DE LA SALUD E INFORMACIÓN DEL SEGURO

MÉDICO:

Nombre del médico: _____ en (hospital/clínica/consultorio): _____

Número de teléfono: _____

SEGURO:

Compañía de seguros médicos: _____ Número de póliza: _____

Número de grupo: _____

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDADES Y ACUERDO DE NO DEMANDAR DEL PARTICIPANTE DEL PROGRAMA PARA JÓVENES

AVISO: ESTE ES UN ACUERDO LEGALMENTE VINCULANTE. Lea este documento detenidamente y en su totalidad. Al firmar este acuerdo, usted renuncia a su derecho y al derecho del menor mencionado de entablar una acción judicial para cobrar una indemnización u obtener algún otro recurso por alguna lesión personal, enfermedad o daño a la propiedad, independientemente de cómo se haya causado, que surja de la participación del menor mencionado en un programa de la YMCA, ahora o en cualquier momento en el futuro.

1. Reconocimiento del riesgo. Yo, en mi calidad legal como padre/madre/tutor del menor mencionado a continuación, reconozco y acepto por el presente que la participación en actividades del programa juvenil realizadas o patrocinadas por la Young Men's Christian Association of Metropolitan Atlanta, Inc., y sus subsidiarias y afiliadas, y sus funcionarios, directores, gerentes, empleados, supervisores, agentes o representantes y cesionarios pasados o presentes (denominados colectivamente "YMCA") conlleva riesgos inherentes. Tengo pleno conocimiento y comprensión de los riesgos inherentes asociados con el programa juvenil y las actividades de cuidado de niños/as (colectivamente, "Programa juvenil") la participación, incluyendo entre otros: (1) resbalones, tropiezos y caídas, (2) lesiones acuáticas, (3) lesiones deportivas y (4) enfermedades, incluida la exposición a virus o bacterias. Asimismo, reconozco que la lista anterior no incluye todos los posibles riesgos asociados con la participación en el Programa juvenil y que dicha lista no limita en modo alguno el funcionamiento del presente Acuerdo.

2. Advertencias y exención de responsabilidades sobre el Coronavirus/COVID-19. El Coronavirus, que causa la COVID-19, es un virus extremadamente contagioso que se propaga fácilmente a través del contacto de persona a persona. Las autoridades federales y estatales recomiendan el distanciamiento social como medio para prevenir la propagación del virus. La COVID-19 puede provocar enfermedades graves, lesiones personales, discapacidad permanente y la muerte. Participar en las actividades del Programa juvenil de la YMCA o acceder a las instalaciones de la YMCA podría aumentar el riesgo de contraer la COVID-19. La YMCA no garantiza de ninguna manera que la infección por COVID-19 no se producirá a través de la participación en las actividades del Programa juvenil de la YMCA o el acceso a las instalaciones de la YMCA.

3. Consentimiento para recibir tratamiento médico. Al firmar este formulario, por la presente doy permiso al personal de la YMCA para administrar medicamentos de venta libre y medicamentos recetados por un médico a mi hijo/a nombrado/a a continuación en los casos que se considere necesario, y si no se me pudiera localizar en caso de emergencia, por medio del presente doy permiso a la YMCA para hospitalizar, o asegurar el tratamiento adecuado para mi hijo/a. Por medio del presente exono, relevo, mantengo indemne, eximo de responsabilidad, defiendo, libero y me comprometo a no demandar a la YMCA con respecto a toda responsabilidad o reclamación que surja o pueda surgir en el futuro, directa o indirectamente, por primeros auxilios, un tratamiento o servicio médico prestado en relación con las actividades del Programa juvenil en las que participe mi hijo/a menor con la YMCA, y asumo todos los riesgos asociados con ello. También entiendo que la YMCA no asume y no asumirá ninguna responsabilidad u obligación de proporcionar asistencia financiera u otra asistencia a mí o a mi hijo/a menor (si correspondiera), incluyendo, entre otros, seguro médico, de salud o de discapacidad en caso de lesión, enfermedad u otra reclamación o pérdida.

4. Consentimiento para transporte. Doy permiso para que mi hijo/a participe en excursiones supervisadas fuera del centro y sea transportado en un vehículo propiedad de la YMCA, alquilado o contratado.

5. Renuncia, exención, indemnización y acuerdo de no demandar. En consideración de la participación de (nombre del/la menor) _____, (fecha de nacimiento) _____, en las actividades del Programa Juvenil de la YMCA, yo, _____, padre/madre/tutor legal del/la menor antes mencionado/a, acepto eximir de responsabilidad y, en nombre propio y del/la menor antes mencionado/a, así como de mis herederos, representantes, albaceas, administradores y cesionarios, POR EL PRESENTE LIBERO a la YMCA, sus funcionarios, directores, empleados, voluntarios, agentes, representantes y aseguradoras ("las Partes Exoneradas") de cualquier causa de acción, reclamación o demanda de cualquier naturaleza, incluidas, entre otras, reclamaciones por negligencia, que yo, junto con el/la menor mencionado/a, mis herederos, representantes, albaceas, administradores y cesionarios, podamos tener ahora o en el futuro contra la YMCA por lesiones personales, daños a la propiedad, enfermedad, fallecimiento o accidentes de cualquier tipo, que surjan de o estén relacionados de cualquier manera con el uso de las instalaciones/equipos de la YMCA, la participación en las actividades del Programa Juvenil de la YMCA u otras actividades, ya sea que dicha participación sea supervisada o no, independientemente de cómo se produzcan la lesión, enfermedad o daño. Como contraprestación por la participación del/la menor mencionado/a en las actividades del Programa juvenil, yo, el padre/madre/tutor abajo firmante del/la menor mencionado/a, acepto MANTENER INDEMNEN Y EXIMIR DE RESPONSABILIDAD a los Exonerados de cualquier causa de acción, reclamo, demanda, pérdida o costo de cualquier naturaleza que surja de la participación del/la menor mencionado/a en el Programa juvenil o que se relacione de alguna manera con dicha participación.

6. Disposiciones varias. Acepto expresamente que este Acuerdo pretende ser tan amplio e inclusivo como lo permitan las leyes del Estado de Georgia, y todas las demás leyes, normas y reglamentos aplicables dondequiera que se encuentren, y que este Acuerdo se registrará e interpretará de conformidad con las leyes internas del Estado de Georgia. Acepto que la jurisdicción y la competencia para cualquier acción con respecto a este Acuerdo solo se tendrán en un tribunal de jurisdicción competente en el condado de Fulton, Georgia. Acepto que, en caso de que cualquier cláusula o disposición del presente Contrato sea declarada nula por un tribunal de jurisdicción competente, la nulidad de dicha cláusula o disposición no afectará a las restantes disposiciones del presente Acuerdo, que seguirán siendo plenamente aplicables.

7. Política sobre fotografías. Autorizo y concedo permiso para el uso y reproducción de todas y cada una de las fotografías o secuencias de video mías o de las personas a mi cargo para cualquier fin lícito, incluidos los fines promocionales de la YMCA, sin compensación alguna.

Certifico además que mi fecha de nacimiento es _____ (MM/DD/AAAA), que mi edad actual es _____, que por lo tanto soy mayor de edad (18 años o más) y legalmente competente para firmar este acuerdo, y que tengo capacidad legal para actuar como padre/madre/tutor del/la menor nombrado/a. Además, entiendo que los términos de este acuerdo son legalmente vinculantes y certifico que firmo este acuerdo, después de haberlo leído cuidadosamente, por mi propia voluntad.

RECONOCIMIENTO DE LAS POLÍTICAS Y PAUTAS: Al firmar a continuación, reconozco que he leído la información anterior y que comprendo las políticas y pautas del programa y me comprometo a 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.

Firma del padre/madre/tutor: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Certifico que, antes de participar en los programas de la YMCA, he recibido toda la información que considero necesaria o importante para tomar una decisión informada con respecto a la participación de mi hijo/a o pupilo/a en dicha actividad o programa. Reconozco los riesgos inherentes a la participación de mi hijo/a en las actividades. Como contraprestación de que la YMCA del área metropolitana de Atlanta permita que mi hijo/a participe en dicha actividad o programa, por medio del presente acepto voluntariamente asumir todos los riesgos de su participación en dicha actividad o programa.

Autorización para tratamiento: Por medio del presente doy mi permiso al personal médico seleccionado por el director para asegurar tratamiento médico de emergencia incluyendo, entre otros, primeros auxilios, RCP, admisión en cualquier hospital, exámenes, cirugía o anestesia general, siempre y cuando el cuidado sea provisto por personas o instalaciones con licencia en el estado en el cual dicho tratamiento sea provisto. En caso de que no se me pueda localizar en caso de emergencia, por el presente doy permiso al médico seleccionado por el director para que asegure y administre el tratamiento, incluida la hospitalización, de (nombre del niño/la niña en letra de imprenta)

_____.

Los formularios rellenos pueden fotocopiar para las excursiones. Además, reconozco que cualquier tratamiento médico ordenado es mi responsabilidad financiera y no la de YMCA del área metropolitana de Atlanta, o cualquiera de sus agentes, voluntarios o empleados.

Consentimiento del hospital: El hospital tiene permiso para tratar a mi hijo/a (especifique el nombre del hospital):

Reconocimiento de las políticas y pautas

Al firmar a continuación, reconozco que he leído la información anterior y que comprendo las políticas y pautas del programa y me comprometo a 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.

Firma del padre/madre/tutor: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

ACUERDO DE PAGO Y POLÍTICAS DEL PROGRAMA

Cuidado: Entiendo que la YMCA se compromete a proporcionar cuidado de niños/as de lunes a viernes, en los días que la escuela está funcionando, desde la salida de la escuela hasta el final del programa. Este cuidado incluye un bocadillo nutritivo. Los estudiantes no deben traer comida al programa, y tengo que informar al Director del Programa si mi hijo/a tiene restricciones dietéticas. AVISO A LOS PADRES Y TUTORES: ESTE CENTRO NO CUENTA CON UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SUFICIENTE PARA PROTEGER A SUS HIJOS/AS EN CASO DE LESIONES, ETC. **Iniciales** _____

Firmas originales: Entiendo que puedo escanear y enviar por correo electrónico los formularios de inscripción para matricular a mi hijo/a en el Y Afterschool, pero también entiendo que será necesario añadir firmas originales a cualquier documento escaneado para cumplir con los requisitos de la División de Licencias de Cuidado de Niños de Bright from the Start. Entiendo que este paquete necesita ser completado además de la inscripción en línea. Entiendo que una copia original de este paquete de inscripción, junto con los registros de vacunación actuales deben ser proporcionados en o antes del día en que mi hijo/a comience el Programa extracurricular. **Iniciales** _____

Tarifas: Entiendo que la inscripción al Programa Y Afterschool es un compromiso para todo el año escolar. La matrícula semanal se debe pagar cada semana, independientemente de la asistencia de mi hijo/a. La Y ofrece opciones de tiempo completo (full-time, FT) y tiempo parcial (part-time, PT). La asistencia para cada opción es la siguiente: tres o más días por semana = FT y uno o dos días por semana = PT. Entiendo que la opción que selecciono en el momento de la inscripción es para el año escolar y no se puede ajustar. Entiendo que debo elegir pagos semanales o mensuales de autocarga en el momento de la inscripción. Con el fin de reservar el lugar de mi hijo/a en el Afterschool, la primera semana de la matrícula se debe en el momento de la afiliación, junto con la cuota de afiliación aplicable si no está al día. Entiendo que las solicitudes de ayuda financiera están disponibles en línea y en la sucursal y que este programa trata de proporcionar becas a todos los solicitantes elegibles. Entiendo que el pago de las cuotas de guardería es responsabilidad mía, el padre/madre/tutor. Entiendo que mi hijo/a puede ser retirado/a del programa si no respondo al aviso de falta de pago. Soy responsable de mantener mi cuenta al día en todo momento. **Iniciales** _____

Opciones de pago extracurricular: La matrícula mensual se puede pagar con tarjeta de débito, transferencia ACH, cheque (en la sucursal) y tarjeta de crédito (se aplica un cargo del 3 % a todos los pagos con tarjeta de crédito. Este cargo ayuda a compensar los costos de procesamiento y no lo cobra la compañía de su tarjeta de crédito).

Tiempo inclemente o enfermedad: Entiendo que debido al tiempo inclemente o enfermedad, si mi hijo/a está presente en el programa 3 o más días, se me cargará la cuota total de la semana y si mi hijo/a está presente 2 días o menos, se me cargará la mitad de la cuota total para la semana. La YMCA prorrateará las cuotas cuando esto ocurra, pero debo ponerme en contacto con el Director del Programa para su aprobación. **Iniciales** _____

Cancelación: Comprendo que el programa extracurricular requiere que se envíe por correo electrónico un AVISO POR ESCRITO CON DOS SEMANAS de retiro de participación al Director del Programa. Hasta que la sucursal de la YMCA reciba dicha notificación, los padres serán responsables de las cuotas. Si deseo cancelar la inscripción, acuerdo que me pondré en contacto con el encargado del registro del Programa extracurricular para obtener más detalles sobre la cancelación. **Iniciales** _____

Cargo por recogida tardía: Comprendo que el centro cierra puntualmente a la hora publicada. Si mi hijo/a todavía está en la YMCA después de la hora de cierre, se me cobrará un dólar por minuto por niño/a por cada minuto de atraso en la recogida después del horario de cierre. El personal de la YMCA intentará ponerse en contacto con los padres al cierre y luego se dirigirá a los contactos de emergencia indicados para organizar la recogida. **Iniciales** _____

Vacunas: Comprendo que, de acuerdo con las Reglas del Departamento de Salud Pública de Georgia (Capítulo 290-5-4), cualquier niño/a que asista a una escuela o programa de cuidado infantil debe presentar pruebas de que sus registros de vacunación están al día. La prueba es un certificado de vacunación (Formulario 3231), que debe archivar y estar disponible para inspección por parte de funcionarios de salud autorizados. El Departamento de Georgia de Reglas y Reglamentos de Cuidado Temprano y Aprendizaje para los Centros de Aprendizaje de Cuidado Infantil (Capítulo 591-1-1) establece que el centro debe tener evidencia de las vacunas apropiadas para la edad o una declaración jurada firmada de dichas vacunas que se conservará para cada niño/a inscrito en el centro y ningún niño/a seguirá inscrito en el centro durante más de treinta (30) días sin dicha evidencia. **Iniciales** _____

Niños/as enfermos/as: Con el fin de mantener un ambiente seguro y saludable para todos los niños/as, entiendo que los niños/as que están enfermos/as, lo que incluye, entre otras cosas, temperatura bucal de 100.4 °F o superior, cualquier síntoma contagioso como erupciones cutáneas, dolor de garganta, congestión, vómitos, etc., no deben asistir al Programa extracurricular. Si mi hijo/a ha estado expuesto/a o ha contraído alguna enfermedad contagiosa o infecciosa grave, no podrá regresar hasta que venga acompañado de una nota del médico del niño/la niña. Entiendo que la YMCA me mantendrá informado de cualquier incidente, incluyendo enfermedades, lesiones y exposición a enfermedades contagiosas y publicará cuando una enfermedad contagiosa haya sido introducida en el programa. Se deben hacer arreglos para recoger inmediatamente al niño/a (en un plazo de 30 minutos o menos, según la gravedad de la enfermedad) si se me notifica que mi hijo/a está enfermo/a. **Iniciales** _____

Medicación: Si es necesario administrar medicamentos, me comprometo a ponerme en contacto con el Director del Programa para que se puedan hacer los arreglos necesarios. **Iniciales** _____

Cierre de la escuela por razones climáticas: Entiendo que el Programa extracurricular será cancelado si la escuela de mi hijo/a cierra temprano o cancela las actividades extracurriculares debido a las inclemencias del tiempo o cualquier emergencia. Debo seguir las pautas relacionadas con mi escuela (que pueden incluir llamar a la escuela, enviar un correo electrónico al maestro, etc.) para informar a la escuela cómo debe viajar mi hijo/a a casa. En caso de una salida temprana no planificada del Programa extracurricular de la YMCA, debo seguir los procedimientos de comunicación que se describen en el Manual para padres. Todos los niños/as deben tener una alternativa para ser recogidos/as o cuidados/as a la hora de salida. **En caso de cierre de escuelas por razones climáticas, la cuota semanal será prorrateada a mitad de precio SOLAMENTE si las escuelas están cerradas por 3 o más días y el tutor lo solicita dentro de las dos semanas del cierre.** **Iniciales** _____

Manual para padres: Entiendo que la YMCA pondrá a disposición el Manual para padres en línea. Es mi responsabilidad leer el Manual para padres. El manual 2026-2027 estará disponible en línea en agosto de 2026. **Iniciales** _____

Necesidades especiales: Entiendo que para que la YMCA pueda modificar apropiadamente la entrega de cuidado de niños/as para abordar diversas necesidades, se debe saber en el momento de la inscripción si mi hijo/a tiene necesidades especiales que requieren adaptaciones o modificaciones. **Iniciales** _____

Reconocimiento de las políticas y pautas. Al firmar a continuación, reconozco que he leído la información anterior y que comprendo las políticas y pautas del programa y me comprometo a 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 y que los participantes y los padres deberán seguir todas las reglas, pautas y procedimientos para que el programa sea una experiencia exitosa para todos.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DE PAGO IMPORTANTE: Complete un formulario por hogar

Cuota semanal:

Cuota para afiliados de tiempo completo del centro: \$65/semana Cuota para afiliados de tiempo parcial del centro: \$35/semana

La tarifa para miembros del centro solo está disponible en sedes de YMCA. No disponible en centros escolares.

Cuota para afiliados de tiempo parcial del programa: \$45/semana Cuota para afiliados de tiempo completo del programa: \$85/semana

***NUEVO* Cuota para estudiantes con almuerzo escolar gratuito/de precio reducido (deben presentar prueba): \$55/semana**

Paso 1: Seleccione el tipo de afiliación (la afiliación es obligatoria):

A. Afiliado actual de la Y:

_____ Programa (cuota anual de \$55, válida por un año calendario después del pago)

_____ Afiliado del centro para familias (\$139/mes)

B. Afiliado nuevo O que renueva:

_____ Programa (\$55 anuales)

_____ Afiliación del centro para familias (tarifa de inscripción de \$100 + \$139 por mes; se requiere documentación adicional)

***Para afiliarse en el Programa extracurricular, el participante debe estar afiliado en el programa o el centro. Para recibir el descuento de afiliado del centro, el niño/la niña debe estar afiliado/a (ej. no puede ser una afiliación de adulto).**

Paso 2: Seleccionar plan de pago:

A. Giro automático:

_____ Giro bancario mensual: La cuota mensual varía en función del número de semanas del mes según el calendario de su escuela

Seleccione las fechas de la transferencia:

_____ Mensual: 1 del mes

_____ Quincenal: 1 y 15 del mes*

**Los pagos no se realizarán los fines de semana. Si el 1 o el 15 cae en sábado o domingo, el pago se procesará el siguiente lunes.*

_____ Giro semanal: Los pagos se procesarán cada viernes para la siguiente semana de cuidado extracurricular.

B. Giro automático, almuerzo gratis y a precio reducido:

_____ Recibo almuerzo gratuito y de precio reducido para mi hijo. La prueba en forma de carta de determinación o la fotografía del portal para padres debe enviarse a la YMCA para que se complete el registro.

C. CAPS:

_____ Recibo CAPS y he designado a la YMCA como mi proveedor de cuidado infantil. Se debe enviar un certificado de beca CAPS actual a la YMCA para que se complete el registro.

Políticas de pago:

- El giro automático se realiza desde el método autorizado en las fechas seleccionadas anteriormente.
- La matrícula se puede pagar con tarjeta de débito, transferencia ACH, cheque (en la sucursal) o tarjeta de crédito (se aplica un cargo del 3 % a todos los pagos con tarjeta de crédito).
- Todos los hogares, independientemente del plan de pago, deben introducir un método de pago válido en el momento de registrarse en línea o en persona.
- Soy responsable de actualizar el método de pago si algo cambia.
- Si devuelvo este paquete a una sede para su registro, me comunicaré con el Director del Programa para proporcionar un método de pago válido.
- Si no me comunico con el Director del Programa, un representante de la sede se comunicará conmigo para solicitar un método de pago.
- **Si no se proporciona un método de pago válido, se retrasará la fecha de inicio de mi(s) hijo(s).**

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA YMCA (HELLO INSIGHT)

Estimado padre/madre/tutor:

La experiencia y el desarrollo de su hijo/a son importantes para la YMCA. Para asegurarnos de que su hijo/a participe en un programa de alta calidad, nos gustaría recopilar datos sobre él.

¿POR QUÉ QUEREMOS RECOPIRAR DATOS?

Con el fin de asegurar que el programa en el que participe su hijo/a es de alta calidad y tenga un impacto positivo, la YMCA del área metropolitana de Atlanta y la YMCA de EE. UU. (Y-USA, la oficina nacional de recursos de las YMCA) participan conjuntamente en la investigación continua, la evaluación y/o los esfuerzos de mejora de la calidad. Los programas para jóvenes se evalúan periódicamente para ver qué va bien, identificar las áreas del programa que pueden mejorarse y asegurarse de que los niños/as a los que atiende la YMCA se benefician del programa. Mediante la recopilación de encuestas e información relacionada, la YMCA investiga si se están cumpliendo los objetivos de desarrollo positivo de los jóvenes. Esta investigación también pretende desarrollar un conjunto de datos nacional de la YMCA que pueda utilizarse, por ejemplo, para proporcionar datos de referencia para los sitios y programas locales de la YMCA y para proporcionar a los financiadores datos sobre los resultados.

¿QUÉ DATOS SE RECOPIRARÁN?

Como participante en un programa para jóvenes, se pedirá a su hijo/a que complete una encuesta al principio y al final del programa. Se le pedirá que reflexione sobre sus intereses y sus experiencias en el programa.

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Le pedimos su permiso para utilizar la información recopilada de su hijo/a (por ejemplo, evaluaciones, resultados de encuestas). La YMCA del área metropolitana de Atlanta y Y-USA cumplirán con todas las leyes estatales y federales en la recopilación, almacenamiento, análisis y presentación de datos. Se espera que la participación en la recopilación de datos sea inferior a 30 minutos.

BENEFICIOS

Un beneficio significa que algo bueno le sucede a usted o a su hijo/a. Al participar en el programa de la YMCA, su hijo/a recibirá una programación de alta calidad y estará expuesto a actividades de enriquecimiento. Para el componente de investigación y evaluación, ni usted ni su hijo/a recibirán ningún beneficio directo. Sin embargo, los futuros participantes de la YMCA podrán beneficiarse de los cambios en el programa que se implementen como resultado de la evaluación. Es decir, la evaluación puede mejorar el programa para los futuros participantes de la YMCA.

CONFIDENCIALIDAD DE SUS DATOS

Y-USA cumplirá con todas las leyes federales y estatales aplicables que protegen la información personal y escolar de su hijo/a (por ejemplo, FERPA), incluyendo el mantenimiento de salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento apropiadas. La información sobre los jóvenes es confidencial y no se compartirá ni comentará con nadie ajeno al personal de YMCA del área metropolitana de Atlanta y Y-USA, investigadores externos, sus socios y recopiladores de datos.

El nombre de su hijo/a no se utilizará en ninguna publicación externa o pública, sino que los datos de su hijo/a se agregarán a los de otros estudiantes inscritos en el programa. Todos los datos recopilados para este proyecto se almacenarán de forma segura en lugares bajo llave, en archivos informáticos seguros o en servidores informáticos a los que solo tendrán acceso los investigadores aprobados y formados y el personal local autorizado de la Y y de Y-USA. Y-USA planea conservar estos datos indefinidamente, con el fin de identificar tendencias en la participación en los programas y en los resultados de los jóvenes. Estos datos podrán incluirse en los informes de las YMCA locales, en los informes de los sitios de Y-USA y de los programas nacionales, así como en artículos de revistas de educación y evaluación revisadas por expertos.

Existe un riesgo muy pequeño de que los datos confidenciales se vean comprometidos. Minimizaremos este riesgo asegurándonos de que solo el personal de evaluación autorizado de la YMCA del área metropolitana de Atlanta y de Y-USA que participe en el programa tenga acceso a la información de los estudiantes. Cuando sea necesario para fines de evaluación, podremos compartir la información de su hijo/a con nuestros socios evaluadores, que también están obligados a proteger la privacidad y confidencialidad de su hijo/a en la máxima medida permitida por la ley.

PAGO

Ni usted ni su hijo/a recibirán remuneración alguna por su participación.

DERECHOS LEGALES

No perderá ninguno de sus derechos legales por firmar este formulario de consentimiento.

ALTERNATIVAS A LA PARTICIPACIÓN EN LA RECOPIACIÓN DE DATOS

La participación en las actividades de recopilación de datos será voluntaria y usted podrá retirar su consentimiento para que su hijo/a participe en cualquier momento. La participación de su hijo/a en el programa no se verá afectada. Usted tiene derecho a negarse a que su hijo/a participe en las actividades de recogida de datos. No perderá ninguno de sus derechos legales por firmar este formulario de consentimiento.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si tiene alguna pregunta, o si tiene alguna discapacidad visual o de otro tipo y necesita este material en otro formato, póngase en contacto con Tabitha Nakholi, Gerente de Apoyo del Programa para Jóvenes, en TabithaN@ymcaatlanta.org.

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LA RECOPIACIÓN DE DATOS

Este formulario de consentimiento contiene información importante que le ayudará a decidir si desea participar en el estudio. Si tiene alguna pregunta que no se responda en este formulario de consentimiento, pida ayuda al Director del Programa en su YMCA local.

Si está de acuerdo en que su hijo/a pueda realizar la encuesta, no es necesario que haga nada.

Si decide no permitir que su hijo/a participe, este formulario, con el acuerdo firmado a continuación, debe devolverse al Director del Programa para informar a los evaluadores de que su hijo/a se ha excluido del proceso de recopilación de datos.

ACUERDO DE EXCLUSIÓN VOLUNTARIA

He leído este formulario y entiendo que tengo dos semanas para retirar a mi(s) hijo(s) de la consideración en esta evaluación. También me han proporcionado una copia de este formulario. No acepto permitir que mis hijos/as participen en la realización de encuestas dentro de este programa.

Nombre completo del niño/la niña: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

ACUERDO DE TRANSPORTE

Por la presente certifico que doy permiso a _____ (nombre de la YMCA)
para trasladar a mi hijo/a _____ (nombre del niño/la niña) desde
_____ (nombre de la escuela) a la hora _____ (a. m./p. m.) hasta
_____ (nombre de la YMCA) en _____
(dirección de la YMCA) a la hora _____ (a. m./p. m.) los siguientes días:
_____ Lunes _____ Martes _____ Miércoles _____ Jueves _____ Viernes (marque todas las opciones que correspondan)

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA DEL VEHÍCULO

Este formulario debe permanecer en el autobús durante el transporte.

Nombre del niño/la niña: _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Nombre de la madre/tutora n.º 1: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____

Nombre del padre/tutor n.º 2: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____

Persona a notificar en caso de emergencia si los padres no pueden ser localizados:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Médico del niño/la niña: _____ Teléfono: _____

Clínica médica que utiliza el centro: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Alergias del niño: _____

Medicación prescrita actual: _____

Necesidades y condiciones especiales del/la niño/a: _____

Autorización para tratamiento. Por medio del presente doy mi permiso al personal médico seleccionado por el director para asegurar tratamiento médico de emergencia incluyendo, entre otros, primeros auxilios, RCP, admisión en cualquier hospital, exámenes, cirugía o anestesia general, siempre y cuando el cuidado sea provisto por personas o instalaciones con licencia en el estado en el cual dicho tratamiento sea provisto. En caso de que no se me pueda localizar en una emergencia, por la presente autorizo al médico seleccionado por el director a obtener y administrar tratamiento, incluida la hospitalización, para (nombre del menor en letra de imprenta)
_____.

Los formularios rellenos pueden fotocopiar para las excursiones. Además, reconozco que cualquier tratamiento médico ordenado es mi responsabilidad financiera y no la de YMCA del área metropolitana de Atlanta, o cualquiera de sus agentes, voluntarios o empleados.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE PERMISO DE NATACIÓN

Nombre del niño/la niña: _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Autorizo a (nombre del niño/la niña) _____ a participar en las actividades de natación.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Para ser completado por el instructor de natación:

_____ (nombre del niño/la niña) ha completado con éxito una prueba de natación que requería que el niño/la niña nadara una distancia de quince (15) yardas sin ayuda.

_____ (salvavidas) tiene evidencia vigente de haber completado exitosamente un programa de entrenamiento en salvavidas ofrecido por un instructor de seguridad acuática certificado por la Cruz Roja Estadounidense, YMCA, YWCA, u otra agencia reconocida para la instrucción de seguridad en el agua.

(El Centro debe conservar una copia en archivo)

Firma del salvavidas o instructor: _____ Fecha: _____

** En lugar de exigir que cada niño/a realice una prueba de natación para determinar si puede nadar una distancia de quince (15) yardas sin ayuda, el personal del centro puede aceptar copias de certificados o tarjetas de una organización reconocida de instrucción de seguridad en el agua que demuestren que el niño/la niña ha completado con éxito una clase de natación que requería que el niño/la niña nade una distancia de quince (15) yardas sin ayuda.

CACFP: CONSTRUIR PARA EL FUTURO

COMIDAS

Este centro de atención de niños/as participa en el Programa de alimentación para el cuidado de niños y adultos (*Child and Adult Care Food Program, CACFP*), un programa federal que proporciona comidas y refrigerios saludables a los participantes inscritos que reciben atención.

Los proveedores reciben un reembolso monetario por servir comidas nutritivas que cumplan los requisitos del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (*United States Agriculture Department, USDA*). El programa desempeña un papel vital en la mejora de la calidad de los centros de atención de niños/as y en hacerlas más asequibles para las familias con bajos ingresos.

Las guarderías que participan en el CACFP siguen los requisitos de comidas establecidos por el USDA:

Desayuno	Almuerzo/cena	Bocadillos (incluir dos de los cinco grupos)
Leche Fruta o verdura Grano	Leche Carne o carne alternativa Grano Fruta Verduras	Leche Carne o carne alternativa Grano Fruta Verduras

CENTROS PARTICIPANTES

Muchos centros diferentes gestionan el CACFP y comparten el objetivo común de ofrecer comidas y bocadillos nutritivos a los participantes. Los centros participantes incluyen:

- Centros de cuidado infantil: Centros de cuidado infantil sin fines de lucro, públicos o privados, autorizados o aprobados, programas Head Start y centros con fines de lucro.
- Centros de cuidado de adultos: Centros públicos o privados, con o sin ánimo de lucro, autorizados o aprobados.
- Guarderías familiares: Guarderías privadas autorizadas o aprobadas.
- Programas de atención extracurricular: Centros en zonas de bajos ingresos que ofrecen bocadillos gratuitos a niños/as y jóvenes en edad escolar.
- Refugios de emergencia para personas sin hogar: Refugios que ofrecen servicios residenciales y de alimentación a niños/as sin hogar. Los albergues son los únicos programas residenciales que pueden participar.

ELEGIBILIDAD

Las agencias estatales reembolsan a los centros que ofrecen servicios de guardería no residenciales a los siguientes:

- niños/as de centros de cuidado infantil de 12 años o menos;
- niños/as migrantes de 15 años o menos;
- jóvenes de hasta 18 años en programas de atención extraescolar en zonas necesitadas;
- adultos discapacitados crónicos de 18 años o más; o
- personas de 60 años o más en un entorno de grupo fuera de su hogar.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Este centro participa en el CACFP bajo la organización patrocinadora indicada a continuación. El CACFP es administrado en cada estado y en Georgia por la agencia mencionada abajo. Comuníquese con uno de los siguientes si tiene preguntas sobre el CACFP.

Organización patrocinadora: Bright From the Start: Departamento de Cuidado y Aprendizaje Temprano (*Department of Early Care and Learning*)

Nombre, dirección y contacto: Nutrition Services (Suite 754)

2 Martin Luther King, Jr. Drive, SE Atlanta, GA 30334

404-656-5987

www.decal.ga.gov

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades de empleo.



INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA EXTRACURRICULAR

Lista de verificación para la inscripción

Membresía y asistencia financiera

Estado de membresía de la YMCA:

- Miembro del programa
- Miembro de la instalación

¿Está recibiendo asistencia financiera?

- Sí, comparta los detalles a continuación
- No

Beca YMCA:

- Sí, porcentaje: _____%
- No

Asistencia de CAPS:

- Sí, adjunte la carta de recompensa CAPS.
- No

Almuerzo gratis o a precio reducido:

- Sí, adjunte la carta de aprobación
- No

Documentos requeridos y pago

Paquete de registro completado adjunto:

- Sí
- No

Registro de inmunización adjunto:

- Sí
- No

Método de pago:

- Usar un método de pago guardado en mi cuenta de YMCA.
Detalles de la cuenta: _____
- Contácteme para el método de pago.

Gracias por completar la lista de verificación de registro. Asegúrese de que todas las casillas estén marcadas y que se adjunten los documentos requeridos antes de enviarlo.