

OFFICE ONLY: Receipt Date- _____

Onsite After School Program

Programa Extracurricular en el Sitio



Start Date- _____ End Date- _____

Summer Camp

Campamento de Verano

Print Student Name: _____

Imprimir Nombre del Estudiante

Birth Date: _____

Fecha de Nacimiento Month/Day/Year
Mes/Dia/Año

Grade: _____ **School Attending:** _____

El Grado Escuela Matriculada

Gender: Male Female Unspecified

Sexo: Masculina Femenina No Especificado

Race/Ethnicity: _____ Unspecified

Raza/Etnicidad No Especificado

Limited English Proficiency: Yes No Unspecified

Dominio Limitado del Inglés No Especificado

Special Needs: Yes No Unspecified

Necesidades Especiales No Especificado

Free/Reduced Lunch: Yes No Unspecified

Almuerzo Gratis o Reducido No Especificado

Arrival Mode: Picked Up by Y Staff from School

Modo de Llegada Recogido por el Personal de la Escuela

Dropped Off at Y

Dejado

Walking from School to Y

Caminando de la Escuela a YMCA

The above fields are required for your child to be enrolled / Los campos anteriores son obligatorios para que su hijo esté inscrito

PARENT/GUARDIAN INFORMATION // INFORMACION DE PADRES Y TUTORES

Parent/Guardian #1 Padres/Tutores #1

Parent/Guardian #2 Padres/Tutores #2

First Name Nombre Primero Last Name Nombre Segundo

First Name Nombre Primero Last Name Nombre Segundo

Relationship to Student Relación con el estudiante

Relationship to Student Relación con el estudiante

Home Phone Teléfono de Casa

Home Phone Teléfono de Casa

Employer Empleador

Employer Empleador

Work Phone Teléfono del Trabajo

Work Phone Teléfono del Trabajo

Cell Phone Teléfono Móvil

Cell Phone Teléfono Móvil

E-mail Correo Electrónico

E-mail Correo Electrónico

Street Address Dirección

Street Address Dirección

City Ciudad State Estado Zip Código Postal

City Ciudad State Estado Zip Código Postal

RELEASE OF CHILD // LIBERACIÓN DEL NIÑO

My child will be picked up by the close of the program by me or the following individuals:

Mi hijo será recogido por mí o por las siguientes personas al final del programa:

Name // Nombre Relationship to Child // Relación con el estudiante Telephone // Teléfono

Name // Nombre Relationship to Child // Relación con el estudiante Telephone // Teléfono

DO NOT RELEASE MY CHILD TO THE FOLLOWING PEOPLE // NO DIVULGUE A MI HIJO A LAS SIGUIENTES PERSONAS

Name // Nombre Relationship to Child // Relación con el estudiante

Name // Nombre Relationship to Child // Relación con el estudiante

Is there a restraining order involving your child? Yes (If yes, please speak with the Program Director) No
¿Existe una orden de restricción que involucre a su hijo? (En caso afirmativo, hable con el director del programa)

Is there an IEP for the child or 504 accommodations plan? Yes (If yes, please speak with the Program Director) No
¿Hay un IEP para el niño o un plan de 504 adaptaciones? (En caso afirmativo, hable con el director del programa)

EMERGENCY CONTACTS // CONTACTOS DE EMERGENCIA

Please identify two persons who may be called between 3:00-6:00pm if you are not available.

Identifique a dos personas a quienes se les puede llamar entre las 3:00 y las 6:00 p. m. si no está disponible.

First Name Nombre Primero Last Name Nombre Segundo

First Name Nombre Primero Last Name Nombre Segundo

Relationship to Student Relación con el estudiante

Relationship to Student Relación con el estudiante

Home Phone Teléfono de Casa

Home Phone Teléfono de Casa

Employer Empleador

Employer Empleador

Work Phone Teléfono del Trabajo

Work Phone Teléfono del Trabajo

Cell Phone Teléfono Móvil

Cell Phone Teléfono Móvil

E-mail Correo Electrónico

E-mail Correo Electrónico

Street Address Dirección

Street Address Dirección

City Ciudad State Estado Zip Código Postal

City Ciudad State Estado Zip Código Postal

STUDENT HEALTH RECORD // EXPEDIENTE DE SALUD DEL ESTUDIANTE

(To be completed by the parent or guardian) // (A ser completado por el padre o tutor)

This confidential health record will only be used to ensure the safety of the children in this program. This information will not be shared outside of this after-school program. Feel free to continue your notes on a separate sheet.

Este registro de salud confidencial solo se utilizará para garantizar la seguridad de los niños en este programa. Esta información no se compartirá fuera de este programa extraescolar. Siéntase libre de continuar con sus notas en una hoja separada.

Student's Name: _____

Date of Birth _____

Nombre de Estudiante

Fecha de nacimiento

1. Please provide your child's medical history // Proporcione el historial médico de su hijo

CONDITION (if yes, write approx. date) Condición (En caso afirmativo, escriba la fecha aprox.)	YES (Date/Fecha)	NO
Asthma // Asma	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Convulsions/Seizures // Convulsiones/Ataques	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Diabetes // Diabetes	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Ear Infections // Infecciones de oído	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Chicken Pox // Varicela	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Measles // Sarampión	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
German Measles // Sarampión Alemán	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Rheumatic Fever // Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Mumps // Paperas	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Corrective Device (Glasses, Hearing Aid, etc) Dispositivo Correctivo (Gafas, Audífonos, etc)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Does your child use an inhaler? ¿Su hijo usa un inhalador?	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>

ALLERGY // Alergia	YES	NO
Penicillin // Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insect Stings // Picaduras de Insectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foods // Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plants // Plantas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay Fever // Fiebre del Heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Topical Ointments // Ungüentos tópicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other // Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If yes, please specify allergy and describe reaction // En caso afirmativo, especifique la alergia y describa la reacción		

2. List significant illnesses or surgeries. Provide the date and any instructions. _____

Enumere enfermedades o cirugías importantes. Proporcione la fecha y las instrucciones.

3. Special situations or needs that program staff should be aware of: _____

Situaciones o necesidades especiales que el personal del programa debe conocer

Child has behavioral/emotional difficulties Child has physical difficulties Other (describe) _____
El niño tiene dificultades conductuales/emocionales El niño tiene dificultades físicas Otra (explicar)

4. Special Health Care Needs // Necesidades Especiales de Atención Médica

Does your child have special health care need that require treatment and/or medication? YES NO

¿Su hijo tiene necesidades especiales de atención médica que requieren tratamiento y/o medicación?

5. Medication // Medicamento

Does your child take medication for any condition or illness? YES _____ NO

¿Su hijo toma medicamentos para alguna condición o enfermedad?

If your child requires medication after-school hours, complete the Medication Consent form.

Si su hijo requiere medicamentos después del horario escolar, complete el formulario de Consentimiento para Medicamentos.

6. Sunscreen and Topical Ointments // Protector solar y ungüentos tópicos

Do you give permission to the after-school program to apply sunscreen or other over-the-counter topical ointments on your child? YES NO

¿Le da permiso al programa extraescolar para que le aplique protector solar u otros ungüentos tópicos de venta libre a su hijo?

7. Activities your child cannot participate in _____

Actividades en las que su hijo no puede participar

Parent/Guardian Signature // Firma del Padre / Tutor Date // Fecha

EMERGENCY MEDICAL CARE // ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

(To be completed by the parent or guardian) // (A ser completado por el padre o tutor)

Student's Name // Nombre de Estudiante

Date of Birth // Fecha de nacimiento

1. If my child requires emergency medical care and I cannot be reached, I give my consent to the after-school program to obtain the necessary medical care for my child. I agree to pay all of the costs associated with the emergency medical care that my child receives. I understand that every effort will be made to contact me before and after medical care is provided.

Si mi hijo requiere atención médica de emergencia y no puedo localizarme, doy mi consentimiento al programa extraescolar para obtener la atención médica necesaria para mi hijo. Acepto pagar todos los costos asociados con la atención médica de emergencia que reciba mi hijo. Entiendo que se hará todo lo posible para comunicarse conmigo antes y después de brindar atención médica.

2. This information is strictly confidential and will not be shared with anyone with my written consent or in the case of emergency medical care.

Esta información es estrictamente confidencial y no se compartirá con nadie con mi consentimiento por escrito o en el caso de atención médica de emergencia.

3. Following emergency medical care, my child may be released to the following people:

Después de recibir atención médica de emergencia, mi hijo puede ser entregado a las siguientes personas

Name Nombre

Relationship to Student Relación con el estudiante

Address Dirección

Employer Empleador

Cell Phone Teléfono Móvil

Work Phone Teléfono del Trabajo

Name Nombre

Relationship to Student Relación con el estudiante

Address Dirección

Employer Empleador

Cell Phone Teléfono Móvil

Work Phone Teléfono del Trabajo

4. Health/Insurance Information // Información de salud/seguro:

Student's Doctor: _____

Médico del estudiante

Address: _____

Dirección

Phone: _____

Teléfono

Doctor's Address: _____

Dirección del médico

Dentist Name: _____

Nombre del dentista

Dentist Phone Number: _____

Número de teléfono del dentista

Insurance Company: _____

Compañía de seguros

Policy Holder's ID: _____

DNI del tomador de la póliza

Religious Preference (Optional): _____

Preferencia religiosa (opcional):

Medications Being Taken: _____

Medicamentos que se toman

Allergies: _____

Alergias

Last Tetanus: _____

Último tétanos

Additional Comments // Comentarios adicionales: _____

5. I understand that this consent will be in effect as of the date of my signing this form and will continue as long as my child is enrolled in this after-school program

Entiendo que este consentimiento entrará en vigor a partir de la fecha en que firme este formulario y continuará mientras mi hijo esté inscrito en este programa extracurricular

Parent/Guardian Signature // Firma del Padre / Tutor

Date // Fecha

PHOTO/VIDEO/INTERVIEW CONSENT

I certify that I am the parent or legal guardian of _____, whose date of birth is _____. I understand that this after-school program features special events both in-school and away from school. Media representatives, newspaper and television reporters, photographers, and public-relations personnel may be present at these special events to record them. In some cases, they may interview and/or photograph children who participate in these events. These photographs, videos, and interviews will only be used to promote this after-school program.

I give permission for my child to be photographed or otherwise recorded during after-school events and activities, and for any and all such photographs to be displayed by [YMCA of Paterson] in any medium (books, newsletters, web sites, etc.), whether now or hereafter known or developed.

SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN _____ DATE _____

If you do not wish for your child to participate in the activities described above, please review this section of this form.

DO NOT give permission for my child to be photographed or otherwise recorded during after-school events and activities. As a result, my child may not be able to participate in these events and activities.

SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN _____ DATE _____

STUDENT'S PARTICIPATION IN THE YMCA of Paterson EVALUATION STUDIES

YMCA of Paterson relies on evaluation to provide information about the quality of the services it provides and to identify the ways in which participants benefit from after-school activities. To allow the YMCA of Paterson and its authorized evaluators to continue this work, we ask your permission to:

- Communicate with you and/or your child about the program and its effects in an individual or group interview or a written survey
- Contact your child's school and obtain information from your child's teacher, including records from the district office, information about your child's academic progress, attendance, promotion between grade levels, and behavior
- Talk to teachers, school staff, and others about your child's progress, and review records on your child's participation in the YMCA of Paterson After School Program.

Any information collected about you or your child will be used only to assess the YMCA of Paterson program and will not be made public. Your name or your child's name will not appear in any report and, at the conclusion of all studies; records that include personal information will be destroyed.

Participating in evaluation studies YMCA of Paterson will not affect you or your child in school, in the YMCA of Paterson program, or in any other way. You can stop your child's participation in a study at any time. If you stop, it will not affect your child's enrollment in the YMCA of Paterson program. If you have any questions, please contact YMCA of Paterson at (973) 321-3101.

The participating activities involved in a study of YMCA of Paterson have been explained to me. I understand these activities, and (check one):

I give permission for my child, _____ to participate in studies of YMCA of Paterson. I also give my consent for YMCA of Paterson and firms authorized by YMCA of Paterson to obtain my child's records and to interview or survey program and school staff about my child for research purposes.

I do not give permission for my child, _____ to participate in any study of YMCA of Paterson.

SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN

DATE



CONSENTIMIENTO DE FOTO/VIDEO/ENTREVISTA

Certifico que soy padre o tutor legal de _____, cuya fecha de nacimiento es _____. Entiendo que esto después de la escuela programa presenta eventos especiales tanto dentro como fuera de la escuela. Representantes de los medios, reporteros de periódicos y televisión, fotógrafos y personal de relaciones públicas pueden estar presentes en estos eventos especiales para grabarlos. En algunos casos, podrán entrevistar y/o fotografiar a niños que participan en estos eventos. Estas fotografías, videos y entrevistas solo se utilizarán para promover este programa extracurricular.

Doy permiso para que mi hijo sea fotografiado o grabado de otro modo durante eventos y actividades después de la escuela, y para que [YMCA of Paterson] muestre todas y cada una de dichas fotografías en cualquier medio (libros, boletines, sitios web, etc.), ya sea conocido o desarrollado ahora o en el futuro.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR _____ FECHA _____

Si no desea que su hijo participe en las actividades descritas anteriormente, revise esta sección de este formulario.

NO doy permiso para que mi hijo sea fotografiado o grabado de otro modo durante eventos y actividades después de la escuela. Como resultado, es posible que mi hijo no pueda participar en estos eventos y actividades.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR _____ FECHA _____

PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE EN LA YMCA de Paterson ESTUDIOS DE EVALUACIÓN

YMCA de Paterson se basa en la evaluación para proporcionar información sobre la calidad de los servicios que brinda e identificar las formas en que los participantes se benefician de las actividades extraescolares. Para permitir que la YMCA de Paterson y sus evaluadores autorizados continúen con este trabajo, le pedimos permiso para:

- Comunicarse con usted y/o su hijo sobre el programa y sus efectos en una entrevista individual o grupal o en una encuesta escrita.
- Comuníquese con la escuela de su hijo y obtenga información del maestro de su hijo, incluidos registros de la oficina del distrito, información sobre el progreso académico de su hijo, asistencia, promoción entre niveles de grado y comportamiento.
- Hable con los maestros, el personal de la escuela y otras personas sobre el progreso de su hijo y revise los registros sobre la participación de su hijo en el programa extracurricular de la YMCA de Paterson.

Cualquier información recopilada sobre usted o su hijo se utilizará únicamente para evaluar el programa YMCA de Paterson y no se hará pública. Su nombre o el de su hijo no aparecerá en ningún informe y, al finalizar todos los estudios; Los registros que incluyan información personal serán destruidos.

La participación en los estudios de evaluación de YMCA of Paterson no le afectará a usted ni a su hijo en la escuela, en el programa de YMCA of Paterson ni de ninguna otra manera. Puede suspender la participación de su hijo en un estudio en cualquier momento. Si deja de hacerlo, no afectará la inscripción de su hijo en el programa YMCA de Paterson. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con YMCA de Paterson al (973) 321-3101.

Me han explicado las actividades participantes en un estudio de la YMCA de Paterson. Entiendo estas actividades y (marque una):

Doy permiso para mi hijo, _____ para participar en estudios de YMCA de Paterson. También doy mi consentimiento para YMCA de Paterson y firmas autorizadas por YMCA de Paterson para obtener los registros de mi hijo y para entrevistar o encuestar al personal del programa y de la escuela sobre mi hijo con fines de investigación.

No doy permiso para mi hijo, _____ participar en cualquier estudio de YMCA de Paterson.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

FECHA

