



We build strong kids, strong families, strong communities.
www.ymcasaltlake.org



POLK AFTER SCHOOL PROGRAM

YMCA

781 25th Street

Ogden, UT 84401

Phone 801.737.8572 Fax: 801.334.4442

2009-10 After School Registration

Nombre del niño: _____ Age: _____
 Grado: _____ Masculino/Femenino Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY): _____
 Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
 Numero de Telefono: _____ Email: _____

Ethnicity (please mark one): Non-Hispanic/Hispanic Nombre del maestro: _____
Raza (please circle one):
 Blanca Africana Americana Asia Indio/Alaska Nativo Nativo Hawaiian/Pacific Islander

Nombre del padre/guardian _____
 Direccion (si es diferente al niño): _____
 Numero de Telefono (si es diferente al niño): _____
 Lugar de Trabajo: _____
 Trabajo #: _____ Celular #: _____

2nd del padre/guardian: _____
 Direccion (si es diferente al niño): _____
 Numero de Telefono (si es diferente al niño): _____
 Lugar de Trabajo: _____
 Trabajo #: _____ Celular #: _____

Personas (diferentes de las de arriba) Autorizada a levantar a su hijo e llamar en caso de emergencia

Nombre: _____ Telefono: _____
 Nombre: _____ Telefono: _____
 Nombre: _____ Telefono: _____

Program Information

Nombre del Programa	

Hora queva atender	Fecha de Comienzo
AM PM	_____

Va atender el programa (circila todas las que aplique)
M T W Th F

For Staff Use only:
Form Completed: _____
Date: _____
Staff Initials: _____

Estamos agradecidos de los patrocinadores de nuestro YMCA Programa Despues de la escuela. Para continuar recibiendo ayuda economica debemostener la proxima informacion.

Important Information

Household Demographic Information:		
# de Padres: _____	# de Jovenes: _____	Estado Civil: _____
Tiene la custodia del niño?	Si No	
El 2nd Padre listado arriba, Tiene derecho a recoger el niño?	Si No	
Por favor escribir otras notas de custodia aqui: _____		

Household Annual Income:				
Por favor circule	\$0-21,200	\$21,201-42,400	\$42,401-63,600	\$63,601 or more

Financial Assistance: Y/N % Amount: _____

Por favor completal el otro lado

Health History

Physician Information

Name of Physician: _____ Telephone: _____
Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Operations/serious illness: _____
Activities limited by physician: _____
Allergies/Dietary Modifications: _____
Are your child's immunizations up to date? Si No
My child may walk home from program: Si No Time to Release: _____
Please use this space to provide any additional information about your child that we should be aware of:

Insurance Information:

Is the child covered by family/medical hospital insurance? Si No
If yes, indicate carrier or plan name: _____
Group Policy #: _____ Insurance Contact Phone #: _____
Name of Insured: _____
Relationship to child: _____

Waiver

Para certificar que la informacion listada en ambas formas registracuib y de salud hancido completadas en lo mejor de mi enten di miento y que mi hijo esta en buena salud y libre de incapacidades que puedan tener a e leua en peligro o otro nino. En adiccio n, yo doy permiso para que mi hijo(a) atienda el Programa de YMCA/4-H. Yo libero el YMCA/4-H de toda responsabilidad. Yo doy permiso a mi estudiante te aparecer en alguna cubierta de noticias y atender actividades y/o salidas aprovadas por el YMCA/4-H. Yo entiendo mi responsabilidad de arreglar transportacion para mi estudiante des pueo del programa a la hora especificada. Yo entiendo que hay un pago de tardanza que aplica cada vez que voy arecojer tarde ami estudiante. Yo apoyo los esfuerzos del YMCA/4-H miembros en cuidar pro mi estudiante. Yo entiendo que mi estudiante deberia seguir el codiago de conducta establecido por el YMCA/4-H, y tambien el codigode diciplina que tiene la escuela y el distrito que mi estudiante atiende, y si de no seguirlo, mi estudiante puede ser despedido del programa. Yo entiendo que los grados de mi estudiante podrian ser revisados para monitoriar el progreso y evaluan el programa. Y tamien permito que obtenga acceso a la informacion de la escuela con respecto a el estado de almuerzo para el proposito de la merienda. To da informacion queda confidencial. Yo estoy de acuerdo pagar todo lo necesario para que mi hijo(a) participe en el Programa de YMCA/4-H y entiendo que si no pago mi cuenta ira a celeccion y yo soy responsable por todo los gastos. Como padre y guardian legal, yo doy consentimiento de que mi estudiante reciba primeros auxilios por los miembros de la facilidad, y si es necesario trannsportarlo por ambulancia para recibir cuidado de emergencia Doy Consentimiento de que los contactos de emergencia listados en la forma de registracion actuen por mi hasta que vo este disponible. Yo esto de acuerdo de revisar y tener a lia todo cambio.

Signature del Padre/Guardian _____ Today's Date ____/____/____

Yo estoy de acuerdo de seguir toda regla y guia establecida por el YMCA/4-H en orde de proveer seguridad y divertimiento para todos los participantes. Yo entiendo que si no sigo las reglas establecidas. Sere despedido del programa.

Signature estudiante _____ Today's Date ____/____/____