



*Salida Infantil: Doy permiso al YMCA para liberar a mi hijo como se indica en el formulario de inscripción. Entiendo que cualquier cambio a esta información debe enviarse por adelantado y por escrito a la oficina del programa. Si hay una pregunta acerca de con quién se irá mi hijo a casa, se mantendrá a mi hijo en el programa, se me notificará y seré responsable de recogerlo.*

\_\_\_\_\_ firma de padres/tutor \_\_\_\_\_ fecha

**Determinación de ingresos (No dejar en blanco): ¿Está trabajando?** \_\_\_ Sí \_\_\_ No, **¿trabajas?** \_\_\_ Full-Time \_\_\_ Part-Time

Por favor liste a <b>todos los</b> miembros de su hogar				
Nombre de los familiares	Ingreso Bruto Anual (Ganar del trabajo <u>antes de las deducciones</u> )	Bienestar, manutención de los hijos, pensión alimenticia	Pensiones, jubilación, seguridad social, SSI, Beneficios de VA	COMPROBAR SI NO HAY INGRESOS
EJEMPLO: JANE SMITH	\$ 200.00 / por semana	\$ 150.00 / dos veces al mes	\$ 100.00 / Mensual	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

**¿Está inscrito actualmente su hijo?**

	___ No ___ Si	dónde: _____	horas allí: _____	#1	#2	#3
Cuidado de la escuela antes				___	___	___
Cuidado después de la escuela				___	___	___
Programa de SHINE				___	___	___

**Información de origen étnico:**

Por favor marque **uno** agrupe que su niño / niños **más** i identifi con:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Caucásico / Blanco                 | <input type="checkbox"/> Afroamericano / negro                 |
| <input type="checkbox"/> Hispano / Latino                   | <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo , isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático                              |
| <input type="checkbox"/> Dos o más                          |  |

**Idioma principal hablado en casa:**

- inglés  
 Español  
 Otro, especifique \_\_\_\_\_

**Idioma secundario que se habla en casa :** \_\_\_\_\_

**Servicios especiales: indique cuál de sus hijos es:**

	___ Si ___ No	# 1	# 2	# 3
Is your child eligible for ELL services?		___	___	___
¿Su hijo participa en servicios de ELL?		___	___	___
¿Tiene su hijo un IEP?		___	___	___
¿Su hijo tiene un trabajador de TSS?		___	___	___
¿Puede su hijo nadar sin un chaleco salvavidas o asistencia de un adulto?		___	___	___
	___ Si ___ No	___	___	___

¿Su hijo / hijos tiene alguna necesidad especial? discapacidades del desarrollo o físicas, que debemos tener en cuenta , por favor describa ?

**Niño /camiseta de los niños Tamaño/ s?** Por favor - **No se** necesitan **camisetas holgadas** , 1 por niño y no se necesita número

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Joven X Pequeño | <input type="checkbox"/> Juventud pequeña | <input type="checkbox"/> Medio juvenil | <input type="checkbox"/> Juvenil grande  |
| <input type="checkbox"/> Adulto Pequeño  | <input type="checkbox"/> Medio Adulto     | <input type="checkbox"/> Adulto grande | <input type="checkbox"/> Adulto X grande |

**¿Te gustaría ser voluntario del programa de alguna de las siguientes maneras?** (Se requerirán todas las verificaciones de antecedentes penales necesarias)

- \_\_\_ Embajador principal (ayuda con el reclutamiento académico y la promoción del programa)  
 \_\_\_ Ayudante en el aula  
 \_\_\_ Asistente de desayuno  
 \_\_\_ Asistente de almuerzo  
 \_\_\_ Chaperona de viaje

\_\_\_ Tengo un talento / interés especial y puedo proporcionar una actividad de enriquecimiento. Explica :

<b>Información de salud :</b>	<b>Por favor indique cuál de sus hijos :</b>	<b>#1</b>	<b>#2</b>	<b>#3</b>
¿Su hijo toma algún medicamento?	_____Yes _____No	_____	_____	_____
¿Los medicamentos se tomarán en Power Scholars Academy?	_____Yes _____No	_____	_____	_____
Nombre de la medicación::	_____ Efectos secundarios : _____	_____	_____	_____
Nombre de la medicación::	_____ Efectos secundarios : _____	_____	_____	_____
Nombre de la medicación::	_____ Efectos secundarios : _____	_____	_____	_____
Nombre de la medicación::	_____ Efectos secundarios : _____	_____	_____	_____

**Si se toman medicamentos durante POWER SCHOLARS ACADEMY™, se le pedirá que complete un Formulario de consentimiento de medicación y que proporcione una orden del médico al inscribirse.**

¿Tiene su hijo / hijos alergias, restricciones de dieta o alertas de salud que debemos tener en cuenta? # 1 \_\_\_\_ # 2 \_\_\_\_ # 3 \_\_\_\_  
**En caso afirmativo, explique** (incluida la reacción y el tratamiento necesarios si su hijo se expone al alérgeno) :

**¿Asistió tu hijo a Power Scholars Academy en 2019? Si No**

**En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas.**

¿La asistencia de su estudiante a la escuela este año?:

¿Las habilidades matemáticas a la escuela este año?:

¿Las habilidades de lectura a la escuela este año?:

Por favor, comente cualquier impacto de Power Scholars en su estudiante en la escuela o de otra manera.

**Ensayo de inscripción:** por favor, envíanos un mensaje, en oraciones de 3 a 5, ¿por qué su hijo / hijos se beneficiarían al participar en la Academia Power Scholars de YMCA este verano? ¿Tiene él / ella talentos o intereses especiales? ¿Alguna necesidad especial o cosas que necesitan mejorar? (**Responda esta pregunta en una parte muy importante de esta solicitud. La solicitud se considerará incompleta si se deja en blanco**)

**Asistencia : la asistencia a Power Scholars Academy es muy importante.** Su hijo / hijos no disfrutarán de los beneficios y ganancias que se esperan si no asisten regularmente. Por favor firme abajo para indicar su comprensión de este requisito.

*Entiendo que la asistencia en la YMCA POWER SCHOLARS ACADEMY™ es muy importante para mi hijo / hijos . Prometo que si mi hijo / hijos son aceptados que voy a prometer para asegurarse de que ella / él / ellos asisten s sobre una base regular.*

---

**Nombre de padre / tutor**

---

**iPrisa!** No te pierdas: el espacio es limitado . Las aplicaciones se procesarán a medida que lleguen . Si el programa se demora, se dará prioridad a los estudiantes con la mayor necesidad académica. Las cartas de aceptación se le enviarán por correo postal en mayo. La provisión del programa y la participación de los estudiantes dependen de los fondos disponibles.

Las solicitudes están disponibles en el sitio web de YMCA: [www.WBYMCA.org](http://www.WBYMCA.org) y en la oficina de la escuela.

**Presente la solicitud completa a más tardar el jueves el 21 de mayo de 2020 .**

Envíe, deje en YMCA:

Jennifer Brennan  
Wilkes-Barre Family YMCA  
40 West Northampton Street  
Wilkes-Barre, PA 18701.

**POR FAVOR, NO DEVUELVA LAS APLICACIONES AL MAESTRO O ESCUELA DE SU HIJO.**