

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 todos los 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?

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

Información de origen étnico:

Por favor marque uno agrupe que su niño / niños más i dentify 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 secundario que se habla en casa : _____

Idioma principal hablado en casa:

- inglés
 Español
 Otro, especifique _____

Servicios especiales: indique cuál de sus hijos es:

		# 1	# 2	# 3
Is your child eligible for ELL services?	_____ Si _____ No	___	___	___
¿Su hijo participa en servicios de ELL?	_____ Si _____ No	___	___	___
¿Tiene su hijo un IEP?	_____ Si _____ No	___	___	___
¿Su hijo tiene un trabajador de TSS?	_____ Si _____ No	___	___	___
¿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 :

Información de salud :	Por favor indique cuál de sus hijos :	#1	#2	#3
¿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) :

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 y en la oficina de la escuela.

Presente la solicitud completa a más tardar el viernes 10 de mayo de 2019 . 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.