



Estimado Padre de Familia:

Tal vez usted está llenando esta solicitud por primera vez o quizá sea una familia que regresa y ya está familiarizado con el programa CASE y está listo para empezar el nuevo año. Cualquiera que sea el caso, le damos la bienvenida y esperamos servirle a usted y a su familia. Por favor no dude en pedir ayuda al Coordinador de la Escuela.

Adjunto encontrará la solicitud de inscripción. Por favor lea con cuidado. **Le pedimos que conteste correctamente todas las preguntas.** Antes de completar y entregar su solicitud por favor considere también lo siguiente:

- Si inscribe más de un niño/a en la escuela, no tendrá que llenar una solicitud por cada niño/a. Una solicitud es suficiente.

Prueba de que usted es el Tutor

- Si usted tiene a su cargo un niño(s) y no es ni el padre ni la madre, debe probar que es el tutor legal por medio de:
 - Entregar una carta escrita por el director o persona encargada de la inscripción en la que se compruebe que usted es el tutor por la razón de
 - Entregar una copia de la tarjeta de inscripción

Si usted es madre/padre soltero

- Debe completar la parte de arriba de la forma llamada "Attorney General of Texas Verification of Child Support" sin importar si usted ha solicitado o no mantenimiento de niño. (se encuentra al final de la solicitud).

Comprobante de Empleo

- Si usted o su esposo(a) están "recibiendo un salario", usted debe entregar lo siguiente:
 - **Una** copia de **Dos** recibos de pago recientes (en cada recibo deben aparecer el número de horas y las fechas de la semana(s)).
- * **Cuando cambien las condiciones de su empleo, usted debe entregar los 2 comprobantes de pago más recientes inmediatamente.**
- Si usted y/o su esposo/a trabajan o son contratados por su cuenta, usted debe entregar cualquiera de lo siguientes:
 - La forma de Elegibilidad de Trabajador por su Cuenta llenada completamente (se encuentra al final de la solicitud).
 - Copia del recibo de pago indicando el número de horas y la semana(s) que corresponden al recibo. (Si la cantidad varía drásticamente, necesitaremos recibos de pago suficientes para crear un promedio).

Prueba de Ingreso Adicional

- Si usted y/o otro miembro de su familia(solamente familia inmediata) están recibiendo beneficios de SSI o TANF, es **obligatorio** que den los números del seguro social y la documentación (página oficial con el nombre de la persona y la cantidad recibida – no todo el documento).

Comprobante de Universidad o Escuela Vocacional

- Si usted y/o su esposo(a) están desempleados, usted **debe** estar inscrito en **uno** de los siguientes programas:
 - Entrenamiento de 25 horas por semana en la escuela de su niño/a.
 - Entrenamiento de 25 horas por semana en una escuela vocacional de su elección.
 - Estudiante de Universidad tomando cuando menos 9 horas (9 horas semestre x 3 = 27 horas a la semana).

***Los horarios de Universidad o Escuela Vocacional y la inscripción de las clases con el sello de pago, deben ser anexados. Cada vez que el horario cambie, usted deberá entregar la nueva documentación inmediatamente.**

***Si usted recibe entrenamiento en la escuela de su niño/a, usted deberá completar la sección de entrenamiento de la solicitud, incluyendo la firma del instructor y/o entregar el horario de clases. Cada vez que el horario de entrenamiento cambie, usted deberá entregar un nuevo horario incluyendo el nombre y la firma del instructor.**

***Usted y su esposo/a deben completar un mínimo de 50 horas a la semana ya sea que uno esté en entrenamiento y el otro esté trabajando o viceversa. Cada persona debe tener un mínimo de 25 horas de trabajo/entrenamiento/universidad a la semana para que su estudiante sea elegible para este programa. Esto significa que si usted trabaja 40 horas, su esposo/a debe inscribirse en un entrenamiento de 25 horas semanales. Si usted trabaja 10 horas y su esposo/a está inscrito en un programa de entrenamiento de 25 horas, su estudiante no es elegible, porque usted no está trabajando un mínimo de 25 horas. Si usted está inscrito 8 horas al semestre y su esposo/a está trabajando un mínimo de 25 horas, su estudiante no es elegible porque en realidad usted está inscrito solamente 24 horas (8 horas al semestre x 3 = 24 horas a la semana). Cada persona debe tener un mínimo de 25 horas de trabajo/entrenamiento/universidad a la semana para que su estudiante sea elegible para este programa.**



INFORMACIÓN DE PARTICIPANTE

**PORFAVOR DE COMPLETAR UN FORMA DE REGISTRACION POR VIVIENDA.
(Solamente "Núcleo Familiar"- Padres y Niños- No abuelos/tíos/tías/primos, etc.) a menos que sean Tutores Legales.**

Fecha: _____ Escuela: _____

Estudiante/s que participa/n en el programa: 1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____

INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA VIVIENDA

Favor de anotar la información de cada miembro de su casa que pertenece al núcleo familiar

Nombre (Apellido, nombre)	Fecha de nacimiento	Núm. del Seguro Social (Requerida)	Grado	Relación con el estudiante

Numero total en el hogar de los miembros en la familia principa _____

Teléfono: _____ Celular/Trabajo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Zona Postal: _____

Nombre de contacto en caso de emergencia: _____

Teléfono de emergencia: _____

Correo Electrónico: _____ Correo Electrónico _____

Etnicidad:

- Africano Americano
- Asiático/Pacífico Islandés
- Caucáseo
- Hispano
- Nativo Americano
- Otro

Marque todos los que apliquen:

- Bilingüe
- ESL/LEP
- Nuevo en la escuela
- Ed. Especial
- Deshabilitado
- Migratorio

¿Está tomando medicamento su niño/a? No Sí
Si su respuesta es sí, explique: _____

¿Es su hijo/a alérgico a algo? (Incluya comida) No Sí
Si su respuesta es sí, explique: _____

¿Tiene problemas médicos su hijo/a? No Sí
Si su repuesta es sí, explique: _____

Puede/n su/s hijo/a/s participar en todas las actividades de recreación? No Sí
Si su respuesta es no, explique: _____

ADMISSION INFORMATION

Yo entiendo que debo de revisar todas las opciones en esta pagina para poder matricular a mi(s) estudiante(s) en el Programa CASE (Cooperative for Alter-School Enrichment).

Nombre del Padre (Tutor) _____

Nobre de el estudiante 1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

Documentos de Vacunas

Por la presente doy constancia de que los documentos de vacunas y de pruebas de visión y oído de mi(s) estudiante(s) estan en los archivos de este plantel.

Transportación

Por la presente doy consentimiento para que mi niño(s) sean transportados y supervisados para atención de emergencia.

Paseos Escolares

Después de rellenar la forma requerida para los paseos escolares de la Escuela/Distrito doy mi consentimiento para que mi niño/s que asisten participen en cada paseo individual.

Actividades con Agua

Por la presente doy consentimiento para que mi niño/s participe en las siguientes actividades de agua (si son ofrecidas):

rociador de agua bañeras con agua albercas juegos de mesa con agua

Pólizas de Operación

Reconozco que he recibido las pólizas de operación de la facilidad incluyendo las de diciplina y orientación ofrecida por el distrito/escuela y/o el Programa Después de Escuela.

Autorización para dar Salida a los Estudiantes

Las siguientes personas están autorizadas para recoger a mi niño/s del Programa Después de Escuela CASE.

AUTORIZACION PARA RECIBIR ATENCION MEDICA DE EMERGENCIA

En todo caso de que no pueda ser contactado/a para hacer arreglos sobre atención medica de emergencia, doy mi autorización para que la persona a cargo lleve a mi niño/a a:

Nombre del Doctor:	Dirección:	Numero de Teléfono:
Nombre de la Facilidad de Emergencia:	Dirección:	Numero de Teléfono:

Doy consentimiento para que la facilidad asegure una y todas las atenciones médicas de emergencia para mi niño/a.

Reconozco que he rellenado honestamente y precisamente la información ofrecida en esta forma.

Firma del Padre/Tutor Legal _____ Fecha _____

Entiendo que se requiere que ponga mis iniciales en cada línea (la Autorización de prensa/Video es opcional) para poder inscribir a mi hijo/a en el programa CASE (Cooperative for After School Enrichment).

Nombre del padre (Guardián): _____

Estudiante/s 1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

**PROGRAMA PARTNERSHIP
Derechos y responsabilidades de Padres o Guardianes**

_____ **Iniciales** Al firmar esta forma, los padres o guardianes están de acuerdo en establecer la paternidad de sus hijos y, si es necesario, ayudar a obtener manutención para ellos. Los padres no pueden usar, vender o poseer marihuana o sustancias controladas ni abusar del alcohol. Los padres o guardianes tienen que asistir a un entrenamiento o tener un trabajo para ser elegible. Todo cambio en la composición de la vivienda se tendrá que reportar a la escuela en el transcurso de 15 días. Hay un límite de 30 días de ausencias que se le permite al estudiante en el transcurso de 12 meses. Este es un programa de tiempo limitado que se terminará antes o el último día de clases del año escolar. Los padres/guardianes deben dar un pago mensual a menos que se especifique lo contrario.

Conducta del estudiante:

_____ **Iniciales** Entiendo que el programa CASE Partnership en la escuela Emerson Elementary es una extensión del programa escolar regular que sigue todas las normas y pólizas de Houstono ISD. Doy mi permiso para que mi hijo/a participe en programa CASE Partnership.

Renuncia de Obligación:

_____ **Iniciales** Entiendo que en caso de accidente no haré responsable a ningún miembro del personal, voluntarios, a la escuela o al distrito escolar. Tomaré toda la responsabilidad de cualquier asistencia médica necesaria en caso de que mi hijo/a (s) tenga un accidente mientras esté en el programa CASE Partnership. También, entiendo que mi hijo/a (s) recibirá una merienda a la hora indicada. Sé que es mi responsabilidad recoger a mi hijo/a (s) a la hora de salida. Si no llego a la hora designada 6:00 p.m. estoy enterado que se llamará a la policía escolar de Houston ISD, la policía local o al Departamento de Protección al Menor.

Revelación de Información de la Encuesta:

_____ **Iniciales** Entiendo que nos pedirán a mi hijo o a mí llenar una encuesta para recaudar información del programa o de las clases con propósitos de evaluación y estoy de acuerdo en que mi hijo/a y yo participemos. También autorizo la revelación de información académica de mi hijo/a incluyendo calificaciones, conducta, asistencia a la escuela y calificaciones de exámenes con propósitos de evaluación.

Transportación del Estudiante:

_____ **Iniciales** Mi hijo/a caminará a casa.
 Yo recogeré a mi hijo/a a las _____.
 Mi hijo/a tomará el autobús a casa.

Autorización de Prensa/Cámara de video:

_____ **Iniciales** Doy mi autorización a la escuela para que le tomen video/fotografías y/o graben a mi hijo/a.

La firma del padre o guardián indica que toda la información en este documento representa una correcta y completa declaración de las circunstancias de la familia a la hora de llenar la solicitud.

Firma del Padre/Guardián _____ **Fecha** _____

INFORMACIÓN DE TRABAJO/ENTRENAMIENTO

Favor de proveer la información del trabajo o entrenamiento de cada persona mayor de 18 años que vive en esta casa.

INFORMACIÓN DEL TRABAJO	Miembro de casa 1 (Si es aplicable)	Miembro de casa 2 (Si es aplicable)	Miembro de casa 3 (Si es aplicable)
Nombre del empleado			
Nombre de la compañía			
Dirección de la compañía			
Teléfono del trabajo			
Nombre del supervisor			
Horas por semana			
Ingreso Mensual (antes de impuestos) (incluya bonos y tiempos extra)	\$	\$	\$
Le pagan cada:	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas (14 días) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (2 fechas x mes)	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas (14 días) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (2 fechas x mes)	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas (14 días) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (2 fechas x mes)

****Adjunte una copia del talón de cheque más reciente por cada persona que trabaje.**

Ingresos Adicionales (Si se aplica)

¿Recibe Seguro Social/SSI?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre _____ # Seguro Social _____ Cantidad mensual \$ _____
¿Recibe TANF (Welfare)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre _____ # Seguro Social _____ Cantidad mensual \$ _____
¿ Recibe pago por Desempleo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cantidad mensual \$ _____
¿Recibe Ayuda financiera?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cantidad Semestral \$ _____ <input type="checkbox"/> Préstamo <input type="checkbox"/> Donación
¿Recibe Mantemiento de Niño?	<input type="checkbox"/> No Razón : <input type="checkbox"/> Se desconoce su paradero <input type="checkbox"/> En la cárcel <input type="checkbox"/> Reside en otro país <input type="checkbox"/> Falleció <input type="checkbox"/> Abuso físico o de drogas <input type="checkbox"/> Orden pendiente <input type="checkbox"/> Otro _____	
	<input type="checkbox"/> Sí	Cantidad Mensual \$ _____
Otra fuente de ingresos (si se aplica) Tipo _____ Cantidad mensual \$ _____		

INFORMACIÓN DE ENTRENAMIENTO	INFORMACIÓN DEL COLEGIO O ESCUELA
Nombre del Estudiante:	Nombre del Estudiante:
Nombre del Programa:	Nombre de la Escuela:
Dirección de la Escuela:	Dirección de la Escuela:
Nombre del Instructor (en molde):	Nombre/Tipo del Programa:
Firma del Instructor:	Fecha de Inscripción:
Días de la Semana:	Días de la Semana:
Hora de la Clase por Día (empieza/termina):	Horas por Día:
Horas por Semana:	Horas por Semestre:
Miembro Familiar Adicional en Entrenamiento(si aplica):	Miembro Familiar Adicional en Universidad o Escuela Técnica(si aplica):
Nombre del Estudiante:	Nombre del Estudiante:
Nombre del Programa:	Nombre de la Escuela:
Dirección de la Escuela:	Dirección de la Escuela:
Nombre del Instructor (en molde):	Nombre/Tipo del Programa:
Firma del Instructor:	Fecha de Inscripción:
Días de la Semana:	Días de la Semana:
Hora de la Clase por Día (empieza/termina):	Horas por Día:
Horas por Semana:	Horas por Semestre:

Las siguientes formas (anexos) deben ser llenadas sólo si le incumben a usted:

Atención Padre(s) o Tutor(es)

Forma de Verificación de Tutor

Si a usted se le considera tutor de un niño(s), usted debe notificar al Coordinador de su Escuela, para que el/ella pida a una persona en la oficina que le llene la forma.

Forma de Permiso del Procurador General del Estado de Texas

Si usted es padre de familia soltero, usted debe completar la parte de arriba de esta forma.

Si usted es padre de familia soltero y ha solicitado Pensión Alimenticia, usted debe anexar la forma del Procurador General en donde aparezca el nombre de quien recibe el pago, el nombre de quien hace el pago y la cantidad entregada. Si su caso está pendiente, por favor entregue ese documento.

Forma de Verificación de Empleo por Cuenta Propia

Si usted es empleado por cuenta propia (dueño, contratista, etc.) y no recibe comprobante de pago, por favor complete esta forma para verificación de empleo. Para ayudarle a comprobar su ingreso mensual, si tiene problemas con esta forma, usted debe entregar lo siguiente:

- Contratista: Si usted recibe cheques o comprobantes de pago de la persona que le paga su salario (en el que se indique el nombre de esa persona y su teléfono y el número de horas, los días/semanas/mes por los que se paga la cantidad) puede anexarlos a esta forma. Recuerde que necesitamos verificación suficiente para determinar su ingreso mensual de por lo menos los últimos dos meses.
- Para los que tienen Clientes: Usted puede hacer una forma igual a la forma de verificación, anotando los días que trabajó para su cliente y lo que ganó por cada día. Puede anexar esa forma. Recuerde que necesitamos verificación suficiente para determinar su ingreso mensual de por lo menos los últimos dos meses.
- Para todos: Pueden también anexar la forma de impuestos 1040 para verificación de ingreso mensual.

Si las formas a continuación (anexos) no le incumben a usted, por favor cruce toda la página con una X grande.

Guardianship Verification Letter

(Completed by School Personnel Only)

School Name _____

This letter is to verify that _____ is the
(Guardian Name)

Guardian of _____
(Student's name/Students' names)

_____ has been (his/her/their) guardian since
(Guardian Name)

(Date)

(He/She) is providing care for (this child/ these children) and attached are both sides of the school registration card to assist in this verification.

As a School Official (Principal, Counselor, Registrar, or Nurse) I am completing this form to the best of my knowledge with the documentation that has been provided and reviewed.

Name: _____

Title: _____

Signature: _____

Date: _____

Phone Number: _____

Verificación del Fiscal General

Se adjunta una forma para verificación del sostenimiento del niño(a). Complétala por favor.

- ⊗ Fecha- Fecha que la forma es completada.
- ⊗ Aplicante- Nombre de la mamá o papá que tiene la custodia del niño(a).
- ⊗ Seguro social del aplicante- número del seguro social de la mamá o papá que tiene la custodia del niño(a).
- ⊗ DOB aplicante- fecha de nacimiento de la mamá o del papá que tiene la custodia del niño(a).
- ⊗ Payor- Nombre de la mamá o del papá ausente.
- ⊗ Firma del aplicante- la firma y la fecha.

Recuerde que el sostenimiento del niño es un ingreso que cuenta para su elegibilidad.

Por favor recuerde a obtener estos documentos y los otros que fueron pedidos en la carta del frente para la fecha asignada. **Usted tiene que traer esta documentación a la oficina de la escuela de su hijo(a).** Si no coopera con la oficina del Fiscal General, puede llevar a la terminación de la participación de su hijo(a) en el programa después de la escuela.



ATTORNEY GENERAL OF TEXAS
GREG ABBOTT
CHILD SUPPORT DIVISION

Verification of Child Support Income

Date: _____

Applicant: _____

Applicant SSN: _____

Applicant DOB: _____

Name and Address of Requesting Payer: _____

Authority: _____ Name of Child(ren): _____

Requesting Authority Agent Name: _____

Telephone and fax number: _____

I hereby authorize the release of information requested on this verification form to the above named Requesting Authority

Applicant's Signature _____ Date _____

WARNING: Section 1001 of Title 18 of the U. S. code makes it a criminal offense to make willful false statements or misrepresentations to any department or agency of the United States as to matters within its jurisdiction. Texas Government Code § 559 gives you the right to review and request correction of information on this form.

Official OAG use only

The applicant listed above:

Does not have an active full service case with our agency.

Does have a registry only case with the county.

Does not have a registry only case with the county.

Does have an active full service case with our agency.

Applicant is cooperating.

Applicant is not cooperating.

The agency is not aware of a child support order.

The amount of court ordered child support is \$ _____ per _____ (week, month, etc.)

Signature - Title Date Comments: _____

VERIFICACION SOLAMENTE DE EMPLEO PROPIO Y SERVICIO DE CONTRATISTAS

Sección 1

Fecha de Aplicación:	Nombre del Estudiante:
Nombre del Empleado:	Relación con Estudiante:
Nombre del Negocio:	Nombre del Supervisor:
Domicilio del Negocio:	Teléfono del Negocio:
Descripción de su Negocio:	

Sección 2 - Sección 2 ayudará a determinar el ingreso por 2 meses (approx. 8 semanas)

Esta sección ayudará a determinar empleo propio y servicio de contratista por el mes de: _____

Semana 1	Fecha inicial del servicio:	Fecha final del servicio:	
Salario por hora/semana:	Horas Trabajadas + (Propinas):		Ingreso Total – Semana 1:
Semana 2	Fecha inicial del servicio:	Fecha final del servicio:	
Salario por hora/semana:	Horas Trabajadas + (Propinas):		Ingreso Total – Semana 2:
Semana 3	Fecha inicial del servicio:	Fecha final del servicio:	
Salario por hora/semana:	Horas Trabajadas + (Propinas):		Ingreso Total – Semana 3:
Semana 4	Fecha inicial del servicio:	Fecha final del servicio:	
Salario por hora/semana:	Horas Trabajadas + (Propinas):		Ingreso Total – Semana 4:

Cantidad Total de Horas Por Este Mes: _____ Ingreso Total Por Este Mes: _____

Esta sección ayudará a determinar empleo propio y servicio de contratista por el mes de: _____

Semana 1	Fecha inicial del servicio:	Fecha final del servicio:	
Salario por hora/semana:	Horas Trabajadas + (Propinas):		Ingreso Total – Semana 1:
Semana 2	Fecha inicial del servicio:	Fecha final del servicio:	
Salario por hora/semana:	Horas Trabajadas + (Propinas):		Ingreso Total – Semana 2:
Semana 3	Fecha inicial del servicio:	Fecha final del servicio:	
Salario por hora/semana:	Horas Trabajadas + (Propinas):		Ingreso Total – Semana 3:
Semana 4	Fecha inicial del servicio:	Fecha final del servicio:	
Salario por hora/semana:	Horas Trabajadas + (Propinas):		Ingreso Total – Semana 4:

Cantidad Total de Horas Por Este Mes: _____ Ingreso Total Por Este Mes: _____

Sección 3 – Firmas Requerida

Yo declaro que este es un documento fiel que indica los ingresos que recibí durante este período de tiempo.

Firma del Empleado Fecha

Yo declaro que este es un documento fiel que indica los ingresos pagados a mi empleado durante este periodo de tiempo.

Firma del Supervisor Fecha

YMCA ESTANCIA INFANTIL, FORMA DE REGISTRO PARA EL PROGRAMA AUTORIZADO

Para estar en acuerdo con las leyes de estado, se necesita llenar toda la información antes que aceptamos niños para estancia infantil

DATOS DEL NIÑO

Nombre y apellidos _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____
Primer día _____ Ultimo día _____ Sexo M F
Raza: _____ Caucásica _____ Afro-Americana _____ Hispana _____ Asiática _____ Otra _____

DATOS DE LOS PADRES O DEL GUARDIAN LEGAL

Madre o Padre

Guardián Legal

Nombre y apellidos _____
Parentesco _____
Domicilio/Dirección _____
Ciudad y zona postal _____
Teléfono de casa _____
Lugar de empleo _____
Dirección de oficina _____
Teléfono de oficina _____
Teléfono celular _____
Pager/Otro _____
Email _____

Sí No* Autorizado de recoger al niño Sí No*

* Si uno de los **padres NO** esta autorizado de recoger al niño, **debemos tener una copia de los documentos de la corte**

En caso de divorcio o de separación legal, es Ud.: Conservator administrador Conservator posesorio Guardián legal
Favor de proveernos de los documentos de la corte si es necesario.

OTROS ADULTOS* AUTORIZADOS DE RECOGER AL NIÑO/A Y DE LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIAS

***Si es menor de dieciocho años, es necesario completar una forma aparte.**

Nombre _____	Nombre _____	Nombre _____
Dirección _____	Dirección _____	Dirección _____
Relación al niño _____	Relación al niño _____	Relación al niño _____
# de casa _____	# de casa _____	# de casa _____
Cell/Pager _____	Cell/Pager _____	Cell/Pager _____
# de casa _____	# de casa _____	# de casa _____

AUTORIZACION DE EMERGENCIAS Y DE TRATAMIENTO MEDICO

Mi hijo/a tiene **médico regular**. La información de médico y hospital preferido esta abajo.

Nombre de Médico/Clínica _____ Dirección _____ Teléfono _____
Hospital Preferido _____ Dirección _____ Teléfono _____

Mi hijo/a no tiene médico regular; **usamos el médico de turno en la clínica/hospital como se indica más arriba.**

¿Tiene su hijo/a seguro médico? Sí No

Nombre de la compañía de seguro médico _____ Teléfono _____
Nombre del poseedor de la póliza _____ póliza # _____

Si no es posible encontrarme en caso de que el niño/a necesita atención médica o de emergencia, yo autorizo al dirigente del programa o a la persona de cargo para llevar/enviar a mi hijo/a a un centro médico de emergencia y también autorizo cualquier tratamiento que sea necesario por el médico de turno.

Firma de padre/madre/guardián legal _____ Fecha _____
Niños del preescolar: Tiene que tener registros médicos cada año para estar en acuerdo con las reglas de TDPRS.

PROBLEMAS Y NECESIDADES ESPECIALES

La YMCA cree que cada niño/a a nuestro cuidado es un individuo único con necesidades especiales. Favor de ayudarnos en darle a su hijo/a el mejor cuidado por medio de proveernos toda la información posible. Les urgimos que vengan Uds. a conocer a la directora del programa, y que la visiten antes de inscribir su hijo/a en el programa.

Favor de proveernos la informaciones sobre los problemas y/o las necesidades especiales de su hijo/a: tales como decir las alergias, enfermedades corrientes, previas enfermedades graves, inhabilidades, hospitalizaciones durante los 12 meses anteriores o de largo tiempo, medicaciones de uso continuo, etc. **Si ningunos de estos aplica a su hijo/a, favor de escribir N/A** _____

Si hay situaciones que causan a su hijo/a dificultades, favor de explicarlas. ¿Cómo podemos cooperar con Ud. y/o la escuela de su hijo/a en tales situaciones? Tiene su hijo/a algunas limitaciones donde se necesita atención especial? _____

Otros comentarios: _____

Necesita su hijo/a condiciones especiales para tomar parte en nuestro programa? . { } Si { } No

Si marcaron si por favor de contactar el director de estancia infantil de la YMCA.

Kashala Pope, Child Care Director 713-339-9015 x 1005

Favor de leer con cuidado los declaraciones siguientes, y escriba su firma y la fecha abajo de la página.

► Reconozco con mi firma abajo que entiendo que porque mi hijo es un participante in una programa que tiene una licencia del estado, los representantes del Departamento de Servicios de Regulación y Protección de Texas pueden examinar y/o hacer fotocopias de todos los documentos de mi hijo/a.

► Reconozco con mi firma abajo que recibí y estoy conforme con las reglas en el folleto “Manual de padres” que incluye **las reglas de operaciones y padres por la YMCA.**

► Mi firma abajo da mi consentimiento que mi hijo/a podrá ser transportado y supervisado por un empleado de la institución YMCA en caso de emergencia, en viajes, y de y hacia la casa del niño, y de y hacia la escuela, si es aplicable. { } Si { } No (Marque uno)

► Mi firma abajo da mi consentimiento que mi hijo/a puede participar en actividades de el agua como piscinas y otros cuerpos de agua de la YMCA. { } Si { } No (Marque uno)

► Mi firma abajo da mi consentimiento que mi hijo/a puede ser fotografiado o tomado por video participando en el programa. { } Si { } No (Marque uno)

► Mi firma abajo da mi consentimiento que el distrito de la escuela no sea responsable de accidentes que pueden pasar guante las horas después de la escuela.

► Consiento con mi firma abajo para que mi niño pueda jugar en **el patio de recreo, que tal vez no llene todos los requisitos de seguridad de la división de Licencia de cuidado de niños.**

► Mi hijo/a asiste a la siguiente escuela y su registro de vacunas, examen de tuberculosis, y exámenes de visión y oído son corrientes y estarán en el archivo de la escuela. Los exámenes llenan el requisito del Departamento de Salud de Texas.

Nombre de la Escuela Emerson Elem. Grado: ___ Dirección: 9533 Skyline, Houston TX 77063 # de teléfono 713-917-3630

Entiendo que ni la YMCA ni sus empleados remunerados o voluntarios, pueden ser responsables en caso de accidentes, o de muertes accidentales.

Firma de padre/madre/guardián legal

Fecha



Date _____

Program Participant Name _____

Address _____

Phone# _____

YMCA Facility & Program _____

I hereby give and grant to the YMCA of Greater Houston Area, a Texas Corporation, its branches, affiliates, subsidiaries and their successors and assign the right to use, with or without copyright, my name and all pictures, photographs, reproductions, transparencies, motion pictures and recordings, both video and sound, taken of or made by myself or my family that said company has produced or had produced for it with full freedom to retouch said pictures, photographs, reproductions, transparencies, motion pictures and/or edit statements as may be necessary in its judgment for proper presentation and to use or cause to be used, all such pictures and recordings, both video and sound, for all purposes for an unlimited period of time in all media throughout the world.

The undersigned does hereby release said YMCA of Greater Houston Area, its branches, affiliates, and subsidiaries, and their successors and assigns, from any and all claims for damage of libel, slander, invasion of right of privacy, or any other claim based on the use of said material.

No promises have been made to me to secure my signature to this release other than the consideration named above.

I hereby warrant that I am full age and have every right to contract my own name in the above regard.

Signature of Parent or Guardian

Date

Questions?

Please contact, Director of Communications
YMCA of Greater Houston
713-758-9114