



**RARITAN BAY AREA YMCA
BUILDING BEYOND BARRIERS- B3
NITA M. LOWEY 21st CCLC
2020-2021 APLICACIÓN DE INSCRIPCIÓN**

Fecha de Hoy: _____

Por favor seleccione la escuela a la cual está asistiendo:

Samuel E. Shull Middle School William C. McGinnis Middle School Freshman Academy

Información del Participante:

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ # de Identificación del Estudiante: _____

Género: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Grado: _____

Información Demográfica:

Raza: Asiática/Isleña del Pacífico Afroamericana/Negra Nativo de Alaska Caucásica/Blanca
 Hispano Americano Nativo Otra: _____

Idioma Principal que se habla en casa: _____

Necesidades especiales: Sí No Sin especificar

Dominio Limitado del Inglés: Sí No Sin especificar

Subsidio para el almuerzo: Gratis Reducido No aplica

Información de Padres/Guardianes:

Nombre de la Madre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

de Teléfono: _____ # de Celular: _____

de Teléfono Alternativo: _____ Correo Electrónico: _____


Nombre del Padre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

de Teléfono: _____ # de Celular: _____

de Teléfono Alternativo: _____ Correo Electrónico: _____

¿Quién es el guardián? Ambos Padres Madre Padre Abuelos Guardián

 ¿Podemos comunicarnos con usted por mensaje de texto SMS o correo electrónico con respecto a información importante y actualizaciones? Sí No

Contactos de Emergencia

Persona(s) autorizadas para contactar en caso de emergencia, si ninguno de los padres está disponible. Estas personas deben mostrar una identificación si su hijo/a requiere que lo recojan. Todas las personas que figuran en la lista deben tener un **mínimo de 18 años de edad**.

1. Nombre: _____ Relación con el niño/a: _____ # de Teléfono.: _____

2. Nombre: _____ Relación con el niño/a: _____ # de Teléfono.: _____

3. Nombre: _____ Relación con el niño/a: _____ # de Teléfono.: _____

Información de Salud y Seguro Médico:

¿Su hijo/a tiene seguro médico? No Sí

Si la respuesta es no, ¿le gustaría recibir información/recursos sobre seguro médico? No Sí

Doctor del niño/a: _____ Dirección: _____ #de Teléfono: _____

Proveedor de Seguro de Médico: _____ # de Póliza: _____ # de Teléfono: _____

Información Médica de Emergencia:

**** TODA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN SE DEBE COMPLETAR PARA QUE LA SOLICITUD PUEDA SER PROCESADA.**

Verifique si el participante tiene un historial de alguno de los siguientes:		POR FAVOR, INDIQUE CUALQUIER ALERGIA, PROBLEMAS / PREOCUPACIONES DE COMPORTAMIENTO, FÍSICOS O MÉDICOS: ¿SU HIJO NECESITA ALGÚN MEDICAMENTO QUE SALVA LA VIDA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI ES SÍ, QUÉ MEDICAMENTO? _____		
<input type="checkbox"/>	ASMA		<input type="checkbox"/>	DIABETES
<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DEL CORAZÓN		<input type="checkbox"/>	DESMAYOS
<input type="checkbox"/>	ALTA PRESIN		<input type="checkbox"/>	CONVULSIONES
<input type="checkbox"/>	LENTES DE CONTACTO			
<input type="checkbox"/>	CUALQUIER OTRA CONDICIÓN QUE REQUIERA ATENCIÓN ESPECIAL, MEDICAMENTOS O CONOCIMIENTOS. SI ES ASÍ, POR FAVOR EXPLIQUE.			
REQUERIDO: Fecha de la última vacuna contra el Tétano _____/_____/_____				

VERIFICACIÓN DE SALUD, AUTORIZACIÓN DE ACTIVIDAD Y DIVULGACIÓN DE FOTOGRAFÍA

Como padre/guardián, verifico que mi hijo/a goza de buena salud física y que está autorizado a participar en todas las actividades, incluidas, entre otras, CAMINATAS, VIAJES A PIE (dentro del vecindario de la YMCA), ACTIVIDADES ACUÁTICAS, ARTES Y ARTESANÍAS y DEPORTES, etc. Doy mi consentimiento para que la YMCA camine o transporte a mi hijo/a a las instalaciones de la Y para las actividades, al Waterfront y/o cualquier parque local durante el horario del programa.

Iniciales _____

Entiendo que en caso de una emergencia, doy mi consentimiento a la YMCA para transferir el historial médico de mi hijo/a al proveedor de salud. En caso de una emergencia, se autoriza el transporte por cualquier medio necesario para obtener atención médica o asistencia para mi hijo/a, según lo requieran las circunstancias a discreción del personal de la YMCA, sus empleados o agentes. Además, doy mi consentimiento para que cualquier escuadrón de rescate o personal de emergencia brinde transporte y / o atención médica que se considere necesaria a su discreción y en el mejor interés de la vida, la salud y el bienestar de mi hijo/a.

Iniciales _____

Doy mi consentimiento y entiendo que el coordinador del sitio recibirá la Información médica de emergencia para la seguridad de mi hijo/a.

Iniciales _____

Entiendo que en el caso de un accidente menor o una enfermedad repentina, mi hijo/a será tratado en las instalaciones de la YMCA por el personal con procedimientos de primeros auxilios estándar de emergencia, según se considere necesario, para el bienestar de mi hijo/a. Entiendo que se me notificará de inmediato y se me pedirá que recoja a mi hijo/a o, en mi ausencia, una persona autorizada que yo designe recogerá a mi hijo/a de la YMCA.

Iniciales _____

Entiendo que mi hijo/a puede ser fotografiado mientras está en actividades, campamentos y programas. Doy permiso a la Y para usar las fotos/videos de mi hijo/a para los materiales promocionales y de marketing de la Y, como boletines informativos, periódicos locales, sitios web o folletos.

Iniciales _____

DECLARACION DE VERIFICACION

He completado esta solicitud con precisión y entiendo que la mala información puede resultar en el despido inmediato de todos los programas de la YMCA.

He recibido el Manual para padres que describe la información organizativa general, las tarifas y ciertas políticas de cuidado infantil, incluida la Declaración de información requerida para los padres, las Pautas para la política de disciplina positiva, la Política de liberación de niños, la Política de expulsión y el Manejo de enfermedades transmisibles.

Nombre del Padre/Guardián (En letra imprenta): _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Program: B3 2020/2021
 App. rec'd by: _____
 Date rec'd: _____/_____/_____



FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

Formulario de alergia alimentaria y enfermedad

Estudiantes **SIN** alergia a alimentos

Como estudiante en nuestro programa, su hijo recibirá comidas / refrigerios. Si bien hacemos todo lo posible por compilar menús de alimentos que sean conscientes de las alergias alimentarias, somos conscientes de que algunos estudiantes pueden tener alergias alimentarias específicas que nuestro personal debe conocer. Complete el formulario y devuélvalo al personal del programa antes del inicio del programa:

Nombre del Participante: _____ Fecha: ____/____/20____

Hasta donde yo sé, mi hijo **NO** tiene alergias alimentarias.

Nuestro personal está certificado en RCP y primeros auxilios, sin embargo, **no administramos ningún medicamento**. Si su hijo no se siente bien, usted (y/u otro contacto de emergencia) será contactado para que recoja a su hijo. A los estudiantes que no se sientan bien no se les permitirá caminar a casa al final del programa y deberán ser recogidos por un adulto.

Firma del Padre: _____ Fecha: ____/____/20____

SÍ, mi hijo tiene alergias a los alimentos (complete y firme la parte inferior de este documento).

Estudiantes **CON** alergias a alimentos

Nuestro personal está certificado en RCP y primeros auxilios, sin embargo, **no administramos ningún medicamento**. Si su hijo no se siente bien, usted (y/u otro contacto de emergencia) será contactado para que recoja a su hijo. A los estudiantes que no se sientan bien no se les permitirá caminar a casa al final del programa y deberán ser recogidos por un adulto.

Firma del Padre: _____ Fecha: ____/____/20____



**FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY**

Medical Disclosure Form/Formulario de Divulgación Médica

Parents/Guardians of all B3 Program participants,

As you may know the YMCA After School program is licensed under the NJ Department of Children and Families (NJDCF). As a licensed site there are several policies, guidelines and laws we must adhere to in ensuring your child's safety. Our objective is to always meet these regulations as we work toward providing your family the highest quality program.

Those who suffer from life threatening medical conditions understand the importance of being prepared for triggers that may require lifesaving medication. As a NJDCF licensed site you (parent/guardian) are required by law to inform us if your child has a medical condition that requires a lifesaving medication (such as an Epipen). If your child requires this care please complete the information listed below and return to the Site Coordinator. If we require further information we will set up a date and time to meet.

Name of participant: _____

Type of medication the child requires: _____

Does the child carry his/her own medication? Yes No

Does the child know how to administer his/her medication? Yes No

Parent Signature: _____ Date: ____/____/20____

Padres y/o guardianes de todos los participantes del programa del YMCA,

Como usted sabe, el programa de después de escuela del YMCA tiene licencia bajo el Departamento de Niños y Familias de NJ (NJDCF). Como un lugar con licencia, hay varias reglas y regulaciones que tenemos que seguir para garantizar la seguridad de su hijo/a. Nuestro objetivo desde el primer día es cumplir siempre con estas reglas mientras trabajamos para facilitar a su familia un programa con la más alta calidad.

Aquellos que sufren con alguna condición médica (que amenazan la vida) entienden la importancia de estar preparados para cualquier momento que pueda requerir medicamentos para salvar su vida. Como un lugar con licencia del NJDCF usted (padre / guardián legal) está obligado por ley a informarnos si su hijo/a tiene una condición médica que requiere un medicamento para salvar su vida (como un Epipen). Si su hijo/a requiere esta atención, llene la información que se detalla a continuación y devuelva el formulario al Coordinador de la escuela de su hijo/a. Si necesitamos más información, configuraremos una fecha y una hora para reunirnos.

Nombre del participante: _____

Tipo de medicamento que requiere el niño/a: _____

¿El niño/a lleva su propia medicación? Sí No

¿Sabe el niño/a cómo administrar su medicamento? Sí No

Firma: _____ Date: ____/____/20____

My Child DOES NOT require lifesaving medication. (Mi hijo/a NO NECESITA un medicamento para salvar su vida.)

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: ____/____/20____



**FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY**

ASSUMPTION OF RISK, RELEASE AND WAIVER OF LIABILITY, AND INDEMNITY AGREEMENT

IN CONSIDERATION for being permitted to utilize the facilities, services, and programs of the Raritan Bay Area YMCA and/or for my children listed above to so participate for any purpose, including, but not limited to observation or use of facilities or equipment, or participation in any off-site program affiliated with the YMCA, the undersigned, on behalf of himself or herself and such participating children and any personal representatives, heirs, and next of kin hereinafter referred to as the undersigned) hereby acknowledges, agrees and represents that he or she has inspected and carefully considered such premises, equipment and facilities and/or the affiliated program and that the undersigned finds and accepts same as being safe and reasonably suited for the use or participation by the undersigned and such participating children.

In addition, the undersigned acknowledges that novel coronavirus (COVID-19) infections have been confirmed throughout the United States, including many cases in Middlesex County. In accordance with the most recent guidance and protocols issued by the World Health Organization (WHO), the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), the Department of Public Health (CDPH), and the Middlesex County Public Health Department, for slowing the transmission of COVID-19, the undersigned hereby agrees, represents, and warrants that neither the undersigned nor such participating children shall visit or utilize the facilities, services, and programs of the YMCA (other than any exclusively online services and programs) within 14 days after (i) returning from highly impacted areas subject to a CDC Level 3 Travel Health Notice, (ii) exposure to any person returning from areas subject to a CDC Level 3 Travel Health Notice, or (iii) exposure to any person who has a suspected or confirmed case of COVID-19. The CDC Travel Health Notices list is updated regularly and currently includes China, Iran, South Korea, and most of Europe. The undersigned agrees to check the CDC Travel Health Notices list

(<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/travelers/index.html>) prior to utilizing the facilities, services, and programs of the YMCA, on a daily basis if necessary. The undersigned hereby agrees, represents, and warrants that neither the undersigned nor such participating children shall visit or utilize the facilities, services, and programs of the YMCA if he or she (i) experiences symptoms of COVID-19, including, without limitation, fever, cough or shortness of breath, or (ii) has a suspected or diagnosed/confirmed case of COVID-19. The undersigned agrees to notify the YMCA immediately if he or she believes that any of the foregoing access/use restrictions may apply.

The YMCA has taken certain steps to implement recommended guidance and protocols issued by the Public Health Agencies for slowing the transmission of COVID-19, including, without limitation, the access/use restrictions set forth above. The undersigned acknowledges and agrees that the YMCA may revise its procedures at any time based on updated recommended guidance and protocols issued by the Public Health Agencies and further agrees to comply with the YMCAs revised procedures prior to utilizing the facilities, services, and programs of the YMCA. The undersigned further acknowledges and agrees that, due to the nature of the facilities, services, and programs offered by the YMCA, social distancing of 6 feet per person among children and their caregivers in a childcare setting is not possible. The undersigned fully understands and appreciates both the known and potential dangers of utilizing the facilities, services, and programs of the YMCA and acknowledges that use thereof by the undersigned and/or such participating children may, despite the YMCAs reasonable efforts to mitigate such dangers, result in exposure to COVID-19, which could result in quarantine requirements, serious illness, disability, and/or death.

IN FURTHER CONSIDERATION OF BEING PERMITTED TO ENTER THE YMCA FOR ANY PURPOSE INCLUDING, BUT NOT LIMITED TO, OBSERVATION OR USE OF FACILITIES OR EQUIPMENT, OR PARTICIPATION IN ANY ON-SITE OR OFF-SITE PROGRAM AFFILIATED WITH THE YMCA, THE UNDERSIGNED HEREBY AGREES TO THE FOLLOWING:

THE UNDERSIGNED, ON HIS OR HER BEHALF AND ON BEHALF OF SUCH PARTICIPATING CHILDREN, HEREBY RELEASES, WAIVES, DISCHARGES AND COVENANTS NOT TO SUE the YMCA, its directors, officers, employees, volunteers and agents (hereinafter referred to as Releasees) from all liability to the undersigned or such participating children and all personal representatives, assigns, heirs, and next of kin of the undersigned or such participating children for any loss or damage, and any claim or demands on account of any property damage or any injury to, or an illness or the death of, the undersigned or such participating children (or any person who may contract COVID-19, directly or indirectly, from the undersigned or such participating children) whether caused by the negligence, active or passive, of the Releasees or otherwise while the undersigned or such participating children are in, upon, or about the premises or any facilities or equipment therein or participating in any program affiliated with the YMCA.

THE UNDERSIGNED HEREBY AGREES TO INDEMNIFY AND SAVE AND HOLD HARMLESS the Releasees, and each of them, from any loss, liability, damages or costs they may incur, whether caused by the negligence, active or passive, of the Releasees or otherwise while the undersigned or any participating child is in, upon, or about the premises or any facilities or equipment therein or participating in any program affiliated with the YMCA. The undersigned understands and agrees that the YMCA is not required to provide insurance to cover the undersigned or such participating children in the event they suffer illness, injury, death, property loss, theft or damage of any sort upon, or about the premises or any facilities or equipment therein or participating in any program affiliated with the YMCA.

The undersigned agrees and acknowledges that use of the YMCA facilities and services, and participation in the YMCA programs, may involve inherent danger and risk, including, without limitation, the risk of physical illness or injury, death or property damage. THE UNDERSIGNED HEREBY ASSUMES FULL RESPONSIBILITY FOR, AND RISK OF ILLNESS, BODILY INJURY, DEATH OR PROPERTY DAMAGE to the undersigned or such participating children due to negligence, active or passive, of Releasees or otherwise while in, about or upon the premises of the YMCA and/or while using the premises or any facilities or equipment thereon or participating in any program affiliated with the YMCA. The undersigned acknowledges that any illness or injuries that the undersigned or such participating children contract or sustain may be compounded by negligent first aid or emergency response of the Releasees and waive any claim in respect thereof.

THE UNDERSIGNED further expressly agrees that the foregoing ASSUMPTION OF RISK, RELEASE AND WAIVER OF LIABILITY, AND INDEMNITY AGREEMENT is intended to be as broad and inclusive as is permitted by the law of the State of New Jersey and that if any portion thereof is held invalid, it is agreed that the balance shall, notwithstanding, continue in full legal force and effect.

I HAVE CAREFULLY READ AND VOLUNTARILY SIGN THIS ASSUMPTION OF RISK, RELEASE AND WAIVER OF LIABILITY, AND INDEMNITY AGREEMENT AND FURTHER AGREE THAT NO ORAL REPRESENTATIONS, STATEMENTS OR INDUCEMENT APART FROM THE FOREGOING WRITTEN AGREEMENT HAVE BEEN MADE. I AM AWARE THAT BY AGREEING TO THIS AGREEMENT I AM GIVING UP VALUABLE LEGAL RIGHTS, INCLUDING THE RIGHT TO RECOVER DAMAGES FROM THE YMCA IN CASE OF ILLNESS, INJURY, DEATH OR PROPERTY LOSS OR DAMAGE, INCLUDING, FOR THE AVOIDANCE OF DOUBT AND WITHOUT LIMITATION, EXPOSURE TO COVID-19 AT ANY YMCA FACILITY OR PROGRAM AND ANY ILLNESS, INJURY OR DEATH RESULTING THEREFROM. I UNDERSTAND THAT THIS DOCUMENT IS A PROMISE NOT TO SUE AND A RELEASE OF AND INDEMNIFICATION FOR ALL CLAIMS. IF SIGNING ON BEHALF OF MINOR: I ALSO UNDERSTAND THAT THIS AGREEMENT IS MADE ON BEHALF OF MY MINOR CHILD(REN) AND/OR LEGAL WARDS AND I REPRESENT AND WARRANT TO THE YMCA THAT I HAVE FULL AUTHORITY TO SIGN THIS AGREEMENT ON BEHALF OF SUCH MINOR(S).

I HAVE READ AND UNDERSTAND THE TERMS OF THIS ASSUMPTION OF RISK, RELEASE AND WAIVER OF LIABILITY, AND INDEMNITY AGREEMENT AND AGREE TO ITS TERMS.

Primary Adult Name (Print): _____

Signature: _____

Date: _____

Secondary Adult Name (Print): _____

Signature: _____

Date: _____

Name(s) of minor child(ren) I am responsible for:

_____	_____
_____	_____
_____	_____