



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



## TEAM UP Registración – Love Grove Elementary 2020 - 2021

NOMBRE DE ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ APODO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ PROXIMO GRADO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO (M/F) \_\_\_\_\_ EDNICIDAD (circule uno) **B N A H I O**

NOMBRE DE ESCUELA \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE O GUARDIAN LEGAL \_\_\_\_\_ CORREO \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

EMPLEO \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CASA \_\_\_\_\_ TELEFONO CELULAR \_\_\_\_\_ NO. DE EMPLEO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE EL PADRE O GUARDIAN LEGAL \_\_\_\_\_ CORREO \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

EMPLEO \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CASA \_\_\_\_\_ TELEFONO CELULAR \_\_\_\_\_ NO. DE EMPLEO \_\_\_\_\_

ESTATUS MARITAL DE LOS PADRES \_\_\_\_\_

INGRESOS ANUALES DE EL HOGAR:

\$0 - \$9,999     \$10,000 - \$19,999     \$20,000 - \$29,999     \$30,000 - \$39,999     \$40,000 - \$49,999     \$50,000 - \$59,999     \$60,000 0 +

CON QUIEN ERSIDA EL NINO?    SOLO MAMA \_\_\_\_\_    SOLO PAPA \_\_\_\_\_    MAMA Y PAPA \_\_\_\_\_    OTRO (mencionado) \_\_\_\_\_

¿QUIEN ES PERMITIDO REMOVER AL NINO?    SOLO MAMA \_\_\_\_\_    SOLO PAPA \_\_\_\_\_    MAMA Y PAPA \_\_\_\_\_    OTRO (mencionado) \_\_\_\_\_

¿QUIEN TIENE CUSTODIA LEGAL?    SOLO MAMA \_\_\_\_\_    SOLO PAPA \_\_\_\_\_    MAMA Y PAPA \_\_\_\_\_    OTRO (mencionado) \_\_\_\_\_

**PORFAVOR ANOTE A LOS PARIENTES DE LA MISMA ESCUELA (Use la parte detrás si es necesario.)**

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_

### SE REQUIERE IDENTIFICACION PARA RECOJER A SU HIJO

**CONTACTOS DE EMERGENCIA & AUTORIZACIONES PARA RECOJER** (mínimo de otras 2 personas aparte de los padres)

NOMBRE \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_

### INFORMACION MEDICA

MEDICO DE EL NINO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

SEGURO MEDICO \_\_\_\_\_ NUMERO DE POLISA \_\_\_\_\_

Si la compañía CHAPUS es su portador, por favor apunte el número de seguro social de su hijo

en la sección de póliza. SU HIJO TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES, MARQUE:

PROBLEMAS DE SALUD CRONICOS \_\_\_\_\_  RESTRINGSIONES DE DIETA ESPECIAL \_\_\_\_\_

ALERGIAS (el tipo y la reacción) \_\_\_\_\_  NECESIDADES ESPECIALES \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS RECETADOS \_\_\_\_\_ DOSIS / FRECUENCIA \_\_\_\_\_

INFORMACION ADICIONAL QUE USTED CONSIDERE DE IMPORTANCIA \_\_\_\_\_

## PORFAVOR FIRME LA LIBERACION Y RENUNCIA

YMCA USE ONLY

NO. DE IDENTIFICACION ESTUDIANTIL \_\_\_\_\_

FECHA DE REGISTRACION (COMIENZO) \_\_\_\_\_

¿TIENE EL NIÑO SEGURO MEDICO?        SI      NO

  Si, Me gustaría que alguien de Kids Hop Alliance / Cover Jacksonville se ponga en contacto conmigo para obtener más información sobre Florida KidCare para niños menores de 19 años.

  No, No deseo que me comuniquen con la información de cobertura de Florida KidCare.

**CONDICIONES DE LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE DESARROLLO JUVENIL**

Mientras que el YMCA hará todo lo posible para proporcionar adaptaciones razonables para los niños mental y físicamente desafiados, el YMCA no aceptará niños que son (1) de peligro para sí mismos, (2) de peligro para los demás, o (3) una interrupción de las actividades normales que hacen irrazonablemente difícil para otros niños disfrutar de los programas de YMCA. Cualquiera de los motivos anteriores será motivo de despido de los programas de YMCA. El YMCA recomienda encarecidamente que hable con el personal de YMCA sobre cualquier condición o circunstancia especial que involucre a su hijo. El YMCA solicita que los firmantes de abajo hagan esto antes de la inscripción para que el YMCA pueda asesorar sobre si podemos hacer ajustes razonables para su hijo.

El firmante de abajo entiende que YMCA NO es responsable por los bienes personales perdidos o robados mientras los miembros y / o participantes del programa están usando las instalaciones de YMCA o en las instalaciones de YMCA.

Doy permiso para que la ciudad acceda y / o utilice los datos de los participantes, los datos del cuidador y los registros académicos del participante en el sistema de datos designado osus informes generados

Doy mi permiso a First Coast Inc. de YMCA de Florida y a la Comisión de Niños de Jacksonville (Kids Hope Alliance) para usar, sin limitación u obligación, fotografías, filmaciones o grabaciones que pueden incluir imágenes y / o voz de mí y / o miembro de mi familia.) para propósitos de promover o interpretar programas de YMCA.

En el caso de una emergencia y mi persona de contacto de emergencia no puede ser contactada, el firmante de abajo le da permiso al médico seleccionado por el YMCA para que lo hospitalice, asegure el tratamiento adecuado y ordene inyecciones, anestesia o cirugía para la persona nombrada en esta aplicación.

El firmante de abajo entiende que no se proporciona ningún accidente o seguro médico con esta actividad.

El firmante de abajo da su permiso para que mi hijo sea transportado por el servicio de autobús asegurado por el YMCA para actividades de programas relacionados.

ENTIENDO QUE LA CUOTA DEBE ACOMPAÑAR ESTA SOLICITUD Y NO ES REEMBOLSABLE, EXCEPTO POR RAZONES MÉDICAS VERIFICADAS

**ACEPTACIÓN**

Acepto las condiciones de participación en el Programa de Desarrollo de la Juventud establecidas anteriormente y, simpatizando con la misión de la YMCA, solicito participar.

**LIBERACION Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD LEGAL DE LOS MENORES DE LA FLORIDA**

ESTA ES SU LIBERACIÓN Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD (la "Liberación"). Usted, individualmente y en nombre de su hijo menor de edad, libera la YMCA de First Coast, Inc. ("YMCA") de la YMCA, sus funcionarios, directores, miembros de la junta, empleados, voluntarios, agentes, contratistas independientes, otros participantes y otros que actúan en su nombre (colectivamente, "YMCA"). Usted acepta que esta Versión es efectiva de inmediato.

**AVISO AL TUTOR NATURAL DEL MENOR**

**LEA ESTE FORMULARIO COMPLETAMENTE Y CUIDADOSAMENTE. USTED ACEPTA QUE SU NIÑO MENOR PARTICIPE EN UNA ACTIVIDAD POTENCIALMENTE PELIGROSA. USTED ACEPTA QUE, AUN SI YMCA UTILIZA UN CUIDADO RAZONABLE PARA PROPORCIONAR ESTA ACTIVIDAD, ES POSIBLE QUE SU HIJO PUEDA LESIONARSE O MATARSE GRAVEMENTE POR PARTICIPAR EN ESTA ACTIVIDAD PORQUE EXISTEN ALGUNOS PELIGROS INHERENTES EN LA ACTIVIDAD QUE NO SE PUEDEN EVITAR O ELIMINAR. AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, USTED RENUNCIA AL DERECHO DE SU HIJO Y RENUNCIA A SU PROPIO DERECHO DE RECUPERARSE DE [YMCA] EN UNA DEMANDA POR LESIÓN PERSONAL, INCLUIDA LA MUERTE, A SU HIJO O CUALQUIER DAÑO A LA PROPIEDAD QUE RESULTE DE LOS RIESGOS QUE SON PARTE NATURAL DEL ACTIVIDAD. USTED TIENE DERECHO A RECHAZAR FIRMAR ESTE FORMULARIO, Y YMCA TIENE DERECHO A NO ACEPTAR QUE PERMITA QUE SU HIJO PARTICIPE SI NO FIRMA ESTE FORMULARIO.**

HE LEÍDO EL ACUERDO DE EXENCIÓN, LIBERACIÓN E INDEMNIZACIÓN MENCIONADO:

\_\_\_\_\_      FECHA \_\_\_\_\_  
FIRMA DE EL PARTICIPANTE (si es menor de 18 años de edad, los padres o los guardianes legales deben firmar abajo)

\_\_\_\_\_      FECHA \_\_\_\_\_  
PADRE/GUARDIAN

\_\_\_\_\_      FECHA \_\_\_\_\_  
PADRE/GUARDIAN

Last 4 Digits of Participant's Social Security Number      \_\_\_\_\_