



# LOS NIÑOS SON NUESTRO TEMA FAVORITO

**ANTES Y DESPUES DE LA PROGRAMACION**  
Escolar proporcionada por Milwaukee Y at Stellar Collegiate

Atienden a niños, edades 4-13 y dirigido por personal cualificado, y dedicado. La licencia del estado en la Milwaukee Y para la programación escolar después de la escuela es diseñada para completar la jornada escolar con actividades divertidas y académicas que apoyan el desarrollo de carácter y estilo de vida saludable.

• **POR QUE  
MILWAUKEE Y?**

- Seguro
- Divertido
- Accessible
- Conveniente
- Personal dedicados
- Deducibles de impuestos
- Licencia del estado



**ASIENTOS DISPONIBLES  
LIMITADOS! REGISTRESE HOY  
PARA EL AÑO ESCOLAR 2016-17**

**PARA MAS  
INFORMACION  
DEL PROGRAM**  
414-357-1917  
lrivera@ymcamke.org

**PARA FACTURAS  
Y REGISTRO:**  
414-274-0756  
schoolage@ymcamke.org

## » PROGRAMACION BASADA EN VALORES

Todo el personal de la YMCA se esfuerza por inculcar los cuatro valores basicos de la honestidad, cariño, respeto y responsabilidad a traves de actividades, conversaciones y reconocimiento especial:

- **Cariño:**  
Considerando las necesidades y los sentimientos de los demas
- **Honestidad:**  
Ser una persona confinable y verazl
- **Respeto:**  
Tratar a los demas, el ambiente y uno mismo con dignidad
- **Responsabilidad:**  
La aceptacion de la responsabilidad por sus acciones y su papel en la comunidad

## » EJEMPLO DEL HORARIO DE PROGRAMA

Este es un ejemplo del programa tipico diario:

### Programa en la tarde:

Timbre de salida-4:15 p.m.	Atendecia/baños/actividad/merienda/tiempo social
4:15-4:45 p.m.	Ayuda con las tareas
4:45-5:15 p.m.	<b>Grados k5-2nd:</b> Actividad/juegos planeados
4:45-5:15 p.m.	<b>Grados 3rd-5th:</b> Ayuda con las tareas/lecturas
5:15-5:45 p.m.	Actividad fisica
5:45-6:00 p.m.	Libre eleccion y limpiar

Este program esta sujeto a cambios.

## » TARIFAS MENSUALES DEL PROGRAM

Tarifas son basadas en 180 dias de escuela , calculado en **TARIFAS MENSUALES FIJAS** que equivale a nueve pagos iguales de Septiembre a Mayo. Pago prorrateado sera aplicado si la escuela esta en sesion mas de 180 dias. No se daran creditos por ausencias o por dias en que el distrito escolar decida cerrar, tal como las incremencias del clima.

Mensualidades	1-2 dias/semana	3 dias/semana	4-5 dias/semana
Cuidado de AM	\$32/mes	\$48/mes	\$72/mes
Cuidado de PM Incluye salida temprana del viernes cuando la escuela no está en sesión	\$114/mes	\$159/mes	\$199/mes
Cuidado de AM Y PM Incluye salida temprana del viernes cuando la escuela no está en sesión	\$138.70/mes	\$196.65/mes	\$257.45/mes

Las tarifas incluyen la salida temprana de los viernes (timbre de salida hasta las 3:30pm). ¿SÓLO necesita cuidado para los viernes desde el timbre de salida hasta las 3:30pm? Regístrese marcando la casilla en la última página por \$38 al mes.

Una cuota de inscripcion de \$25 sera aplicado a su cuenta en el momento de registro. Todos los cargos deben ser pagados mensualmente. Familias recibiran un descuento del 10 porciento por cada hijo adicional que registre.

**Confirmacion: Un correo electronico sera enviado una vez que el registro se ha completado.**

## » ASISTENCIA FINANCIERA

YMCA tiene becas que estan disponibles a peticion de la familia cuando esta enfrenta dificultades financieras. Aceptamos ayudas del estado y condado, Wisconsin Shares. Para ubicacion y numero del proveedor, por favor llame at 414-274-0756.

## » NO HAY ESCUELA, PERO SI HAY CAMPAMENTO EN LA Y

Este programa de dia completo se ofrece en la Rite-Hite Family YMCA (necesita traje de baño y toalla), Parklawn YMCA, Northside YMCA, y varias escuelas elementales. Inscribe a su hijo para un dia lleno de diversion, juegos, manualidades, actividades y mas. Participantes deben vestir para estar activo con tenis y traer su almuerzo. Recuerde, cuando no hay clases, si hay campamento!

Para una lista de ubicaciones y dias disponibles, por favor de ir a ymcamke.org o llamar al 414-357-1917. Dias pueden variar segun la ubicacion.

## » COMO REGISTRARSE

Por favor complete el formulario de inscripcion de dos paginas con claridad e imprime la informacion solicitada en cada linea del formulario incluyendo el metodo de pago. La informacion de vacunas es necesaria. Formularios de inscripcion incompletos no seran procesados. **Un correo electronico sera enviado una vez que el registro ha sido completado.**

### HAY TRES MANERAS PARA REGISTRARSE:

E-MAIL

Por favor, escanear y enviar todos los formularios completes e informacion de pago al correo electronico [schoolage@ymcamke.org](mailto:schoolage@ymcamke.org)

MAIL

Enviar por correo su formulario de inscripcion y pago a:  
**YMCA School Age Registration**  
9050 N. Swan Road  
Milwaukee, WI 53224

DROP OFF

Puede entregar el formulario completo con el pago en cualquier lugar en Milwaukee Y: Rite-Hite Family, Northside, Parklawn or Downtown YMCA

**YMCA Numero de l Proveedor: 1000558721**

### A Stellar Collegiate (ubicacion #169)

Un cargo de \$1 por minute sera cargado si su hijo no es recogido a tiempo.

**Informacion del Niño**

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Genero  M  F Fecha de Nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Este sera mi hijo \_\_\_ año en YMCA School Age Edad (al empezar el programa) \_\_\_ El Niño reside con  Madre  Padre  Ambos Other \_\_\_\_\_

**Informacion del Padre/Madre o Tutor**

#1 Padre/Tutor Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Genero  M  F Fecha de Nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Direccion de la casa (Calle, Ciudad, Estado, Correo Postal) \_\_\_\_\_

Mi direccion ha cambiado desde el año escolar. Numero de la casa: \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Donde podemos localizarlo cuando su hijo este en el program de YMCA School Age? Numero del Trabajo: \_\_\_\_\_ Numero del celular: \_\_\_\_\_

Direccion durante el dia \_\_\_\_\_

#2 Madre/Tutor Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Genero  M  F Fecha de Nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Address-Home (Street, City, State, Zip) \_\_\_\_\_

Mi direccion ha cambiado desde el año escolar. Numero de la casa: \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Donde podemos localizarlo cuando su hijo este en el program de YMCA School Age? Numero del Trabajo: \_\_\_\_\_ Numero del celular: \_\_\_\_\_

Direccion durante el dia \_\_\_\_\_

**Contactos de emergencia/personas autorizadas para recoger a su hijo – Debe ser alguien ademas de los padres/tutor. \*Puede añadir personas adicionales.**

#1 Nombre del Contacto \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relacion con su hijo \_\_\_\_\_

Direccion de la casa (Calle, Ciudad, Estado, Correo Postal) \_\_\_\_\_

Numeros: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

#2 Nombre del Contacto \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relacion con su hijo \_\_\_\_\_

Direccion de la casa (Calle, Ciudad, Estado, Correo Postal) \_\_\_\_\_

Numeros: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

**12 Preguntas Medical y del Comportamiento para ayudarnos proveer el mayor cuidado posible. Toda informacion es confidencial para los empleados de la Y. (Todas las lineas deben ser llenadas. Si algo no aplica, por favor use N/A)**

**1. Su hijo tiene o ha tenido cualquiera de las siguientes, si es asi por favor expliquen**

- Asma
- Autismo
- Diabetes
- ADD/ADHD
- Epilepsia/Convulsiones
- Paralisis Cerebral/Trastorno de Motor

Dificultades de aprendizaje  **NINGUNA (PREGUNTAS 1-8)**

Restricciones dieteticas \_\_\_\_\_

Alergias de alimentos/leche \_\_\_\_\_

Si su hijo es alergico a la leche, adjunte una declaracion medica que indique una alternativa aceptable.

Dificultad gastrointestinales, incluyendo la dieta y suplemento especial \_\_\_\_\_

Alergias no alimentarias \_\_\_\_\_

Estado de la vision, la audicion y el habla \_\_\_\_\_

Otras condiciones que requieran un cuidado especial \_\_\_\_\_

**2. Los factores desencadenantes que pueden causar cualquiera de los problemas anteriormente (especifique)** \_\_\_\_\_

**3. Los signos o sintomas que se pueden observar** \_\_\_\_\_

**4. Los pasos que el proveedor debe seguir para el cuidado del estudiante** \_\_\_\_\_

**5. Identifique el empleado a quien se le dio las instrucciones especializadas** \_\_\_\_\_

**6. Cuando desearia que se les informaran respecto a los sintomas or la falta de respuesta al tratamiento** \_\_\_\_\_

**7. Cuando usted considera que la condicion requiere attention medica** \_\_\_\_\_

**8. Informacion adicional que pueda ser util para nosotros** \_\_\_\_\_

**9. Numeros de emergencias**

Nombre del Medico \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

**10. Lista el mes, dia y año que el niño recibio cada una de las siguientes inmunizaciones. No utilice una (✓) o (X). Si usted no tiene una tarjeta de vacunas para este niño, pongase en contacto con su medico o departamento de salud local para obtener los registros.**

TIPO DE VACUNAS	1 Dosis M/D/A	2 Dosis M/D/A	3 Dosis M/D/A	4 Dosis M/D/A	5 Dosis M/D/A
Difteria-Tetano-Tos Ferina (DTP, DTaP, or DT)					
Polio					
Hib (Haemophilus influenza e tipo B)					
Vacuna Neumologica Conjugada (PCV)					
Hepatitis B					
Sarampion-Paperas-Rubeola (MMR)					
Varicela - La vacuna de varicela se requiere solo si el niño no ha tenido varicela.					Este estudiante alguna vez ha tenido varicela? Haz una marca en la casilla correspondiente e indique el año. <input type="checkbox"/> Si; Año _____ <input type="checkbox"/> No (Requiere Vacuna)

Mi hijo no cumple con todos los requisitos de inmunizacion. Documento debidamente firmado debe ser presentado renunciando por problema de salud, conviccion religiosa o personal antes de comenzar el program. Visita ymcamke.org para obtener el document.

**11. Esta tomando algun medicamento su hijo actualmente?**  Si  No  
Si es afirmativo, que tipo y por que \_\_\_\_\_

Si el medicamento debe ser administrado durante la programa de la YMCA, un formulario con permiso para administrar medicamentos deben ser completado. Visite ymcamke.org para obtener el document.

**12. Protector solar/Repelente de insecto (si es proporcionada por uno de los padres cada botella debe esta etiquetada)**

- Autorizo al personal a aplicar protector solar a mi hijo.
- Autorizo al personal a que permita que mi hijo se auto-aplique protector solar.
- Mi hijo puede usar cualquier protector solar proporcionado por el programa de la YMCA (NO-AD Brand SPF 30) Si no tiene o esta perdido.  
Si no, solo permitire que mi hijo use el protector solar proporcionado por los padres:  
Nombre de la Marca \_\_\_\_\_ Intensidad \_\_\_\_\_
- Autorizo al personal a aplicar repelente a mi hijo.
- Autorizo al personal a que permita que mi hijo se auto-aplique repelente.
- Mi hijo puede usar cualquier repelente proporcionado por el programa de la YMCA (Off Brand 25% DEET) Si no tiene o esta perdido.  
Si no, solo permitire que mi hijo use el repelente proporcionado por los padres:  
Nombre de la Marca \_\_\_\_\_ Intensidad \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

Ubicacion de la Escuela \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Horario del Niño**

(Por favor indique el horario de su hijo en las casillas)

	L	T	M	J	V
AM	<input type="checkbox"/>				
PM	<input type="checkbox"/>				

Por la presente autorizo a la YMCA de Metro Milwaukee para agregar cuotas de tiempo adicional añadido a la agenda de mi hijo incluyendo cuando no hay clases, salidas temprano de la escuela o comienzo tardío a mi pago regular.

**Autorizacion de padres/tutor legal**

**Si**  **No** Por la presente doy mi consentimiento para atencion medica de emergency o tratamiento solo si you no puedo ser localizado inmediatamente. Autorizo al personal de la YMCA/voluntarios a adminstrar los primeros auxilios. Se hara todo lo posible para contactar a los padres o tutor legal inmediatamente. Entiendo que al firmar esta forma, estoy de acuerdo para liberar a la YMCA de Metro Milwaukee de cualquier responsabilidad por riesgos de enfermedad, accidents o lesiones.

**Si**  **No** He tenido la oportunidad de revisar las politicas de este programa en edad escolar y un resumen de las reglas del estado de Wisconsin para centros de cuidado. Manual para padres y las reglas de licencia del estado estan disponibles en nuestro program y en nuestro sitio web [www.ymcamke.org](http://www.ymcamke.org).

**Si**  **No** Doy permiso para que mi hijo participe en excursiones y otras actividades durante las horas del program.

**Transportacion**  **Caminando**

Si las mascotas se añaden al program, los padres seran notificados con anticipacion. Para la participacion de mi hijo en las actividades patrocinadas por, o cualquier asunto relacionado con la YMCA de Metro Milwaukee, por la presente doy permiso y consentimiento, ahora y por todo el tiempo (sin ninguna compensacion adicional, reclamo o demanda por mi) a la YMCA de Metro

Milwaukee, y a cualquier agencia de publicidad, entidades y terceros que colaboran con la YMCA de Metro Milwaukee y sus representantes, en su caso (organizaciones) para hacer, reproducir, editar, difundir o retransmitir cualquier pelicula de video, metraje y otras grabaciones de audio o foto reproducidas de mi y mi narracion de mi experiencia con las actividades de la YMCA (materiales) para su publicacion, exhibicion, ventas o exposicion de los mismos en las promociones, publicidad y los negocios legitimos utilizados sin ninguna compensacion adicional para mi.

Entiendo que la YMCA de Metro Milwaukee se reserve el derecho de retirar al niño del programa si, a la discrecion de la YMCA, la inscripcion del niño afecta negativamente la integridad del programa y/u obligaciones legales de la YMCA a traves y bajo la Division de Niños y la Familia (DCF-251).

Firma del Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Opciones de Pagos**Por favor seleccione **UNO** de los siguientes metodos de pago:

- Recibo beneficios de cuidados para niños (Wisconsin Shares). Entiendo que soy responsable por pagos que no estan cubiertos (co-pagos) y debo establecer un pago automatico por cualquier co-pago requerido por mi. Por favor, compruebe el metodo de pago para los co-pagos. Por favor llame a nuestra officia (414-274-0756) para el numero del proveedor y ubicacion o consulte la pagina 2.
- Me gustaria tener un giro bancario mensual de mi cuenta de cheques/ahoro por la cantidad de \$\_\_\_\_\_ que debe ser sacado el primero de cada mes desde septiembre a mayo. Information de mi cuenta bancaria (por favor adjunte un cheque anulado para verificar y procesar).

**Information de mi cuenta bancaria** (por favor adjunte un cheque anulado para verificar y procesar).

Nombre de la Institucion Financiera \_\_\_\_\_

Numero de Ruta \_\_\_\_\_ Numero de Cuenta \_\_\_\_\_

 Cheque  Ahoro

- Me gustaria que la YMCA cargara a mi tarjeta de credito \$\_\_\_\_\_ qen el primer dia de cada mes.

**Informacion de la cuenta de tarjeta de credito/debito**

Escriba su nombre tal como aparece en su tarjeta de credito/debito \_\_\_\_\_

Numero de tarjeta \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

- Me gustaria apoyar la campaña de donacion anual de la YMCA (fondo de becas) por la cantidad de \$\_\_\_\_\_.  Facturame en \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Acuerdo de autorizacion de tarjeta de credito/debito**

Por la presente autorizo a la YMCA de Metro Milwaukee a iniciar giros automaticos a mi cuenta en la institucion finaciera o cargar la tarjeta de credito nombrada arriba. Ademas, entiendo que el retiro de mi cuenta/cargo a mi tarjeta de credito se llevara a cabo en o alrededor del primero de cada mes, y si este cae en un fin de semana o dia feriado, el retiro se llevara a cabo el proximo dia laboral. Es mi responsabilidad de verificar mi estado de cuenta bancaria/tarjeta de credito y reporter cualquier discrepancia a la oficina de programa de YMCA dentro de dias del retiro en cuestion. Entiendo que soy financieramente responsable de todo los pagos. En caso de que mi cantidad mensual no sea respetada por mi institucion financiera por cualquier razon, estoy de acuerdo en pagar \$30 por cargo de servicio por la YMCA. Si el pago completo no se hace, estoy de acuerdo en pagar todo los cargos incurridos por la recaudacion de fondos. Entiendo que es mi responsabilidad de notificar a la YMCA de Metro Milwaukee de cualquier cambio de informacion de mi cuenta bancaria o tarjeta de credito, incluyendo la fecha de caducidad, y esos cambios deben ser presentados por escrito por adelantado, por lo menos dias antes de la fecha de vencimiento.

**\_\_\_\_\_ inicial**

Estoy de acuerdo con esta solicitud, autorizo los pagos señalados arriba y certifico que los solicitantes sean capaz de participar en este programa. Entiendo que al firmar este formulario soy responsable de todos los cargos del programa de la YMCA. Entiendo que la cuota de inscripcion es intransferible y no es reembolsable. Entiendo que los pagos deben ser mensualmente y por adelando. Entiendo que la falta de pago puede generar costos y puede resultar en un cargo de \$10 por semana. Entiendo que las tarifas son establecidas con base en el horario seleccionado y no por asistencia. Se trata de una tarifa fija mensual sin credito por tiempo libre, dias feriados o vacaciones. Se requierer dar un aviso de 2 semanas para un cambio de horario permanente y/o cancelar dias o horarios. Adjustes a la tasa mensual se hara 2 semanas despues de la fecha inicial de aviso al servicio al cliente. Entiendo que cualquier cambio de horario debe ser hecho por escrito a la direccion de correo o correo electronico que aparece en este formulario.

Firma del Padre/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_