



FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

YMCA BLACK & LATINO TEEN ACHIEVERS PROGRAM 2016-2017

FORMA DEL ESTUDIANTE

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Domicilio

Ciudad

Estado

C.P.

Escuela

Grado Escolar

Correo Electrónico del Estudiante

Teléfono Celular # (XXX) - XXX-1234

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)

Masculino Femenino

Sexo (Circule uno por favor)

Raza (Seleccione una opción por favor)

Blanco / Europeo

AfroAmamericano

Hispano/Latino

Nativo de América

Otro _____

Contrato del Estudiante

Yo como un teen Achiever, estoy de acuerdo con los siguientes puntos.
Nombre del Estudiante

Como estudiante del YMCA:

1. Todos los estudiantes respetaran a otros estudiantes y se abstendrán del uso de profanidades y vulgaridades.
2. Todos los estudiantes respetaran a todos nuestros voluntarios, empleados y compañeros, llegando puntualmente a todas las sesiones. Si tienes un trabajo y necesitas salir antes de nuestras sesiones, tendrás que informarnos antes de que las sesiones comiencen.
3. **Nuevos estudiantes tendrán que pagar una cuota de \$10 por la aplicación.** Dichos estudiantes estarán a prueba en el programa y serán admitidos en base a su comportamiento y asistencia. En caso de ser aceptado, el estudiante recibirá una carta de admisión al programa a partir del día Sábado 3 de Diciembre del 2016.
4. Estudiantes en el programa no deben de faltar más de cuatro (4) Sábados durante el año escolar. Si el estudiante necesita faltar por cuestiones de trabajo u otras actividades, el estudiante es responsable de emitir una nota a los empleados del programa YMCA. **Nota. Asistencia al programa es esencial para los estudiantes que están considerando aplicar para becas u otros beneficios del programa.**
5. El último día en el cual un estudiante podrá ser admitido al programa será el sábado 3 de Diciembre del 2016. Después de esta fecha estudiantes serán admitidos al programa hasta el próximo ciclo escolar.
6. Todos los estudiantes tendrán que respetar y obedecer a todos los adultos voluntarios y empleados de la YMCA durante las sesiones.
7. Todos los estudiantes demostraran respeto hacia otros estudiantes y no ofenderán a otros estudiantes con agresiones físicas o verbales.
8. Durante todas las reuniones queda estrictamente prohibido EL USO DE TELEFONOS CELULARES, TABLETAS, I PADS, O APARATOS ELECTRONICOS. Estos serán confiscados por voluntarios o empleados en caso de ser necesario.
9. Un buen comportamiento es necesario en todas nuestras sesiones. Esto significa: Prestar atención a nuestros presentadores, no estar distraído platicando con compañeros, o jugando con aparatos electrónicos.
10. Todos los estudiantes deben tratar a sus compañeros y voluntarios con el respeto con el cual les gustaría ser tratados.

Firma del Estudiante

Fecha Mes/Día/Año



FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

YMCA BLACK & LATINO TEEN ACHIEVERS PROGRAM

INFORMACION DE LOS PADRES

Padre / Guardian

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Relación con el Estudiante
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio	Ciudad	Estado	CP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo Electrónico	Número de Teléfono #	Teléfono Celular #	

Por favor complete la siguiente información

Nota Importante. La siguiente información será usada anónimamente y no afectara ningún beneficio que su hijo(a) pueda obtener de nuestro programa. Sin embargo, obtener esta información es muy importante para nosotros puesto que es requerida por nuestros patrocinadores. Por favor tome un minuto para completarla.

Ingreso Anual Familiar (Por favor circule una cantidad)

\$0 - \$30,000 \$30,000 - \$50,000 \$50,000 - \$80,000 \$80,000 plus

¿Es tu hijo(a) es elegible para lunch reducido?

Yes / No

**** ¿Es su hijo(a) la primera generación de la familia que asistirá a la universidad?**

****No incluyendo a sus hermanos, primos o tíos(as)**

Yes / No

Contactos de Emergencia

Por favor enliste dos contactos de emergencia en caso de que su hijo(a) sufra algún accidente y ud. no pueda ser contactado. La persona que ud. decida enlistar, será responsable de contactarlo a ud. y avisarle de dichos hechos.

Contacto de Emergencia

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Relación con el estudiante
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio	Ciudad	Estado	CP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo Electrónico	Número de Teléfono #	Teléfono Celular #	

Contacto de Emergencia (2)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Primer Nombre (2)	Segundo Nombre (2)	Apellido (2)	Relación con el estudiante (2)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio (2)	Ciudad (2)	Estado (2)	CP (2)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo Electrónico (2)	Número de Teléfono # (2)	Teléfono Celular #(2)	

Por favor indique cualquier tipo de situación médica del estudiante que sería importante saber (Asma, ataques epilépticos, etc.)

Por favor indique cualquier tipo de alergias alimenticias del estudiante

CONTRATO DE LOS PADRES

Yo autorizo a mi hijo(a) a que participe en las siguientes actividades:
Nombre del Padre

Participaciones en Viajes y Excursiones

Todos nuestros viajes o actividades comenzaran y finalizaran en nuestras unidades YMCA, excepto cuando algún lugar alternativo sea indicado. Yo como padre /guardián, entiendo que el estudiante será responsable de respetar al chofer, empleados y voluntarios participando en el viaje en todas ocasiones. Así mismo se entiende que el estudiante viajara con el grupo del YMCA de ida y regreso a menos que arreglos se hayan hecho con los padres previamente. El estudiante señalado abajo

y sus padres / guardianes deslindan a la organización Young Mens Christian Association of Greater Cincinnati, sus empleados, supervisores y voluntarios por cualquier tipo de demanda legal en caso accidente, trauma, o muerte que pudiera ocurrir durante el viaje o excursión.

Emergencias y Accidentes

Yo entiendo en que en algunas ocasiones los estudiantes necesitaran de primeros auxilios o tratamiento médicos como resultado de enfermedad, accidente, o alguna una condición de salud. En caso de que los padres/guardianes del menor no puedan ser localizados en caso de emergencia médica, yo doy permiso (1) a los empleados del programa de buscar asistencia médica o el

tratamiento necesario incluyendo hospitalización en el siguiente hospital . (2)
Autorizo permiso para que el estudiante sea trasladado al hospital o centro de salud más cercano y accesible en caso de emergencia.

Uso de Imagen y Fotografía

En algunas ocasiones, algún representante de la YMCA tomara fotografías, video o audio de los estudiantes y adultos participando en nuestras actividades. Estas fotografías y videos suelen ser usados por la YMCA con fines de promoción y mercadotecnia para el programa. Yo autorizo a la YMCA a usar la imagen de mi hijo(a) con los fines explicados anteriormente en fotografías, videos, o audio.

Premiso de Diagnostico Y Evaluación

El conducir evaluaciones es un componente muy importante en nuestro programa. Nuestros estudiantes serán evaluados dos veces al año (Septiembre – Abril) para identificar el material aprendido durante su participación en nuestro programa. Esta información será utilizada para medir y entender el impacto que nuestro programa tiene en nuestros estudiantes. Yo autorizo a mi hijo(a) a tomar dichas evaluaciones en el programa YMCA Achievers.

Firma del Padre/ Guardian

Mes/Día/Año