FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

Rye YMCA – Offsite at Bellows

Programa Despues De La Escuela

Inscripcion 2026-2027

Paquete de Inscripcion

RYE YMCA
21 Locust Ave Rye, NY 10580
www.ryeymca.org/childcare
Main YMCA (914) 967-6363 x 225 | Fax (914) 967-0644 | Telefono principal (914) 450-1435
Edwin Santos
Director de Jóvenes y Adolescentes
Edwinsantos@ryeymca.org

RYE Y OFFSITE @ BELLOWS
PROGRAM DESPUES DE LA ESCUELA
2026-2027 INSCRIPCION

Nombre del niño/a	**Fecha de Nacimiento:**	**Género**
Dirección del hogar:		
Ciudad:	**Estado:**	**Codigo Postal:**
Telefono del Hogar:	**Grado a partir de Septiembre de 2026:**	
Escuela:	**Maestro/a o salón (informar antes del primer día):**	
Padre/Guardian 1:	**Direccion (si es diferente)**	
Padre/Guardian 2:	**Direccion (si es diferente)**	
Estado Civil: Casado/a ( ) Divorciado/a ( ) Separado/a ( ) Viudo/a ( ) Soltero/a ( )		
Horario de custodia (si corresponde): **Si existe una orden judicial que restrinja las visitas or la recogida del niño/a, se debe proporcionar una copia al YMCA según lo exige la ley estatal.**		

Numero de Trabajo de Madre:	**Numero de Trabajo de Padre:**
Horas:	**Horas:**
Telefono Cellular/Otro:	**Telefono Celular/Otro:**
Direccion de Correo Electronico (por favor escriba claramente	**Direccion de Correo Electronico (por favor escriba claramente)**

***** Los registros de vacunación y el examen físico más reciente son obligatorios antes del primer día de asistencia. *****

SELECCIONE EL PROGRAMA SOLICITADO:

☐ **PROGRAMA DESPUES DE LA ESCUELA** 3:00-6:00 ( ) 5 DIAS ( ) 4 DIAS ( ) 3 DIAS ( ) 2 DIAS

CIRCULE LOS DIAS SI ES MENOS DE 5: L M M J V (Mínimo 2 dias)

PRIMER DIA DE ASISTENCIA:_____

2025-2026 TARIFAS MENSUALES (LaLa facturación se realizará automáticamente el día 15 de cada mes, con un mes de anticipación. El primer pago se efectuará en agosto y el último en mayo.)

OPCION DEL PROGRAMA	Miembro del YMCA	No Miembro
5-DIAS	**$688**	**$752**
4-DIAS	**$625**	**$687**
3-DIAS	**$549**	**$587**
2-DIAS	**$433**	**$478**

Depósito no reembolsable de $100 requerido al momento de la inscripción. Se aplica al primer mes de facturación.

HISTORIA PERSONAL

Nombre del niño/a	Apodo:
Nombres y edades de otros niños en la familia:	¿Cómo se lleva su hijo/a con sus hermanos, otros niños y amigos?
¿Cuáles son las actividades favoritas de su hijo/a?	¿Existen métodos específicos que utiliza cuando enfrenta conductas difíciles de su hijo/a?
¿Tiene su hijo/a algún miedo específico? Por favor describa o explique:	¿Qué espera que su hijo/a obtenga de esta experiencia?
¿Desea que su hijo/a comience la tarea en el programa después de la escuela? ( ) Sí ( ) No *(POR FAVOR asegúrese de que su hijo/a conozca su decisión.)*	**Para que nuestro personal pueda garantizar una experiencia feliz y significativa en el programa después de la escuela, comparta cualquier información que considere útil** (dificultades de aprendizaje, emocionales, conductuales, limitaciones, etc.):

POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE DECLARACIÓN Y FIRME A CONTINUACIÓN. SU HIJO/A NO SE CONSIDERA INSCRITO/A SIN UNA FIRMA.

Doy permiso para que mi hijo/a participe en todas las actividades del programa. Declaro que se encuentra en buen estado de salud y que puede participar en las actividades normales del programa, a menos que indique lo contrario en el formulario de historial médico. Autorizo al YMCA a transportar a mi hijo/a hacia o desde su escuela designada en un autobús escolar supervisado por un miembro del personal. Esto puede incluir también los días de Campamento durante las vacaciones. Doy mi consentimiento para que las fotografías tomadas de mi hijo/a sean propiedad del YMCA de Rye y puedan ser reproducidas y publicadas según lo determine el YMCA, en cualquier momento, sin reclamación alguna de mi parte. En caso de emergencia, autorizo al personal del YMCA de Rye a buscar atención médica de emergencia para mi hijo/a y/o a proporcionar primeros auxilios por parte de personal capacitado. Entiendo que la información médica y los datos personales se utilizarán en los programas cuando sea necesario para proteger el bienestar de mi hijo/a. Por la presente, acepto eximir de toda responsabilidad al YMCA de Rye y a sus respectivos directivos, empleados y miembros, incluyendo, entre otros, su propia negligencia, y por mí mismo/a o nosotros/as, nuestros herederos, albaceas y administradores, renuncio, libero y descargo para siempre cualquier derecho o reclamación por daños que yo/nosotros podamos tener o que en el futuro puedan surgir como resultado de o en relación con mi participación en cualquiera de las actividades del YMCA de Rye, el uso de sus instalaciones o el uso de equipos dentro de dichas instalaciones. **HE RECIBIDO, LEÍDO Y COMPRENDIDO**

LAS POLÍTICAS ENUMERADAS EN EL MANUAL PARA PADRES. ENTIENDO QUE SI NO CUMPLO CON ESTAS POLÍTICAS, MI HIJO/A ESTÁ SUJETO/A A SUSPENSIÓN O CANCELACIÓN DEL PROGRAMA.

Firma de Padre/Guardian	**Fecha:**

Nombre del niño/a

EN CASO DE EMERGENCIA, SE CONTACTARÁ PRIMERO A LOS PADRES. SI NO ESTÁN DISPONIBLES, SE CONTACTARÁ A LAS OTRAS PERSONAS QUE FIGURAN EN LA LISTA DE CONTACTOS DE EMERGENCIA

CONTACTOS DE EMERGENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA RECOGER AL NIÑO/A

1. Nombre:	Telefono del hogar:	Relacion:
Direccion:	Telefono celular:	Telefono del trabajo:
2. Nombre:	Telefono del hogar:	Relacion:
Dirrecion:	Telefono celular:	Telefono del trabajo:
3. Nombre:	Telefono del hogar:	Relacion:
Direccion:	Telefono celular:	Telefono del trabajo:
4. Nombre:	Telefono del hogar:	Relacion:
Direccion:	Telefono celular:	Telefono del trabajo:

LAS SIGUIENTES PERSONAS NO ESTÁN AUTORIZADAS A RECOGER A MI HIJO/A

Nombre:	Relacion:
Nombre:	Relacion:
Nombre:	Relacion:

HISTORIAL MEDICO

Nombre del niño/a

******Se requiere una copia de los registros de vacunación de su hijo/a y del examen físico más reciente antes de su primer día de asistencia******

¿Su hijo/a tiene alguna alergia que requiera medicación en el lugar? Por favor, especifique. Explique la reacción. Complete los formularios de Medicamentos y Planes de Atención de Salud.	**¿Tiene restricciones alimentarias? Por favor enumere:**
¿Tiene alguna enfermedad crónica o recurrente o condición médica? Por favor enumere y explique:	¿Hay alguna actividad en la que su hijo/a no pueda participar?

¿Su hijo/a cuenta con seguro médico/hospitalario? ( ) Sí ( ) No Indique la compañía aseguradora:	Nombre del médico familiar: Número de teléfono:
Nombre del dentista familiar: Número de teléfono:	¿Su hijo/a está tomando actualmente algún medicamento?

RYE Y OFFSITE @ BELLOWS
PROGRAM DESPUES DE LA ESCUELA
2026-2027 FORMA DE TARJETA DE CREDITO

NOMBRE DEL NINO/A:

NOMBRE COMO APARECE EN LA TARJETA:
TIPO DE TARJETA:
NUMERO DE TARJETA:
FECHA DE VENCIMIENTO:

5. **El cargo se realizará antes del inicio de cada mes, el día 15.**
6. **Debe notificarnos si la información de su tarjeta cambia o vence.**
7. **Los cambios de horario deben realizarse con un mes de anticipación; no se otorgarán reembolsos después de que la facturación haya sido procesada.**
   (Los cambios por razones médicas son la única excepción.)
8. **Si no utiliza una tarjeta de crédito o débito, deberá hacer arreglos directamente con la directora.**