

Moonachie Robert L Craig School DESPUES DE LA ESCUELA



SU HIJO APRENDERÁ Y CRECERÁ...

STEAM Projects
Cena y Meriendas

Clasa de Arte
Actividad Fisica

Asistencia con la
tarea

KINDERGARTEN, (6 ANOS) 1ST & 2ND GRADO

ABIERTO A ESTUDIANTES QUE ASISTEN A LA ESCUELA EN MOONACHIE

**SERVICIOS DE CUIDADO:
TARDE – HASTA LAS 6:00PM**

Phil Facendola
Director 201-206-8774
pfacendola@meadowlandsymca.org

201.955.5300
SACC@MeadowlandsYMCA.org

2026-2027 MOONACHIE REGISTRO

Complete el formulario para cada niño individual y envíe un correo electrónico a SACC@meadowlandsYMCA.org

Nombre del Niño _____ Apellido _____ Edad _____ Sexo ☐ M / ☐ F

Dirección _____ Fecha de Nacimiento _____

Ciudad _____, NJ Código Postal _____ Grado (al 9/1/2026) _____

Nombre de la Madre (tutor) _____ Fecha de Nacimiento _____

Correo Electrónico _____

Teléfono de casa _____ de trabajo _____ de celular _____

Nombre de la Padre (tutor) _____ Fecha de Nacimiento _____

Correo Electrónico _____

Teléfono de casa _____ de trabajo _____ de celular _____

Fecha de inicio del programa: _____

MATRÍCULA MENSUAL	
Primer Niño	Niño Adicional
\$175	\$158
TARIFA	PRECIO
A. Registro Anual	\$ 50
B. Matrícula del Primer mes	\$
Total Cerrado	\$

ASISTENCIA FINANCIERA: La asistencia financiera está disponible para aquellos que necesitan ayuda para pagar el costo de un programa o membresía de la YMCA. Para solicitar asistencia financiera, por favor póngase en contacto con

Phil - pfacendola@meadowlandsymca.org

AGRADECIMIENTO: Entiendo que para asistir antes y después de la atención, la matrícula debe pagarse en su totalidad antes de asistir y el paquete de padres de mi hijo debe estar 100% completo. El niño debe ser recogido a tiempo o se incurrirá en una tarifa de \$ 18 por cada 15 minutos.

Inicial _____ Fecha ____/____/____

REQUISITO DE PAGO AUTOMÁTICO: Autorizo a la YMCA de Meadowlands a cargar mi MATRÍCULA MENSUAL RECURRENTE al método de pago en las fechas de vencimiento de la matrícula hasta el 15/5/27. Asumo toda la responsabilidad de notificar a la YMCA por escrito de cualquier cambio que pueda afectar el acuerdo.

Firma _____ Fecha ____/____/____

METODO DE PAGO

☐ Visa* ☐ MasterCard* ☐ American Express* ☐ Dinero ☐ Check # _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Credit Card Number

--	--	--	--

Exp. Date

--	--	--	--

Security Code

Imprimir Nombre

Firma

☐ EFT cuenta de cheques ☐ EFT cuenta de ahorros de enrutamiento# _____

de cuentas# _____

Nombre del banco _____

adjuntar copia del cheque anulado

Imprimir nombre en cuenta

* \$4 tarifa por transacción con tarjeta a partir del