



YMCA de Martha's Vineyard
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO
Kindness Academy

Nome da criança:		Data de Nascimento: ___/___/___	
Escola		Grau Escolar no Outono de 2020:	
Idade na admissão:	O seu filho tem um Plano de Educação Individualizado (IEP) arquivado na escola? _____ Se sim, por favor, forneça uma cópia.	Sexo Masculino ou feminino:	Descrição física: <input type="checkbox"/> Altura: _____ <input type="checkbox"/> Peso: _____ <input type="checkbox"/> Cor dos Olhos: _____ <input type="checkbox"/> Cor do Cabelo: _____ <input type="checkbox"/> Marcas Identificadoras: _____ <input type="checkbox"/> Idioma Primário: _____
Data desejada de início ___/___/___			
Endereço residencial da criança:			

Informações de contato para pais / responsáveis

Nome dos Pais / Responsável:		Relação com filho:	Número de telefone acessível:
Endereço residencial (se diferente do filho):		Endereço de e-mail:	Idioma Primário:
Trabalhos:	Endereço de trabalho:	Telefone de trabalho:	Horas de trabalho:

Nome dos Pais / Responsável:		Relação com filho:	Número de telefone acessível:
Endereço residencial (se diferente do filho):		Endereço de e-mail:	Idioma Primário:
Trabalhos:	Endereço de trabalho:	Telefone de trabalho:	Horas de trabalho:



Formulário de Inscrição do Programa Pós-Escolar

YMCA of Martha's Vineyard

ASP STAFF USE ONLY: Registered:

_____ 15th or Fridays

_____ Y Financial Assistance _____%

_____ Bailey Boyd _____%

Contato de Emergência / Autorizado a pegar a criança (além dos pais): **Por favor, informe a Tara se alguém não está autorizado a pegar seu filho.**

Nome:	Número de Telefone:	Relacionamento com a criança:
Nome:	Numero de Telefone:	Relacionamento com a criança:
Nome:	Numero de Telefone:	Relacionamento com a criança:

<p align="center">Histórico de saúde</p> <p align="center">Alergias e Condições Especiais</p> <p>Por favor, liste quaisquer alergias, dietas especiais ou condições, ou condições crônicas de saúde abaixo:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Plano de saúde individual para criança com condição crônica de saúde? _____ (O formulário está disponível em nosso site) Se sim, por favor anexe.</p> <p>Cópias de quaisquer acordos de custódia, ordens judiciais e ordens restritivas relativas à criança? _____ (Se sim, por favor anexe)</p> <p>Por favor, liste todos os medicamentos que seu filho está tomando: _____</p> <p>* Todos os medicamentos devem incluir um formulário de consentimento de medicação em arquivo para cada medicação, ser prescritos por um médico e entregues ao Programa Depois da Escola em seu recipiente original. Nós não administramos medicamentos de balcão de farmacia.</p>	<p align="center">Autorização para tratamento médico</p> <p><u>Nome do Médico</u></p> <p><u>Licenciado:</u> _____</p> <p><u>Endereço:</u> _____</p> <p><u>Número de telefone:</u> _____</p> <p>* Certifico que a documentação do exame físico e das imunizações, de acordo com os requisitos de saúde da escola pública e o rastreamento de envenenamento por chumbo, de acordo com os requisitos de saúde pública, estão arquivados na escola do meu filho.</p> <p>Assinatura dos pais: _____ Data: _____</p> <p>* Eu autorizo os funcionários do Programa Pós-Escolar que são treinados nos fundamentos de Primeiros Socorros / RCP para dar meu filho RCP de primeiros socorros quando apropriado. Entendo que todos os esforços serão feitos para entrar em contato comigo no caso de uma emergência que requeira atenção médica para meu filho. No entanto, se eu não puder ser contatado, por meio deste, autorizo o programa a transportar meu filho para o centro de assistência médica mais próximo e para garantir o tratamento médico necessário para meu filho.</p> <p>Assinatura dos pais: _____ Data: _____</p>
--	--

Contrato de Admissão

INICIA	Natação: Eu dou permissão para que meu filho participe de natação recreativa durante o horário pre determinado do programa.
INICIA	Supervisão de banheiros: Os funcionários devem garantir que o banheiro não seja ocupado por pessoas suspeitas ou desconhecidas antes de permitir que as crianças usem as instalações. A equipe permanecerá na porta enquanto as crianças estão usando o banheiro. As crianças serão enviadas com pelo menos uma outra criança e um membro da equipe, conhecido como a regra de três.
INICIA	Manual para as Famílias: Reconheço que revi o Manual da Família e a Política de Cuidados de Saúde (localizados on-line no site do YMCA de Martha's Vineyard em: www.ycamv.org/programs/youth/after-school)
INICIA	Horas de cuidado: Eu entendo que serei cobrado um adicional de \$ 5,00 a cada minuto de atraso depois das 5pm.
INICIA	Autorizacao para Liberação de Fotos: A YMCA recebe permissão para usar qualquer fotografia individual ou em grupo e / ou fita de vídeo mostrando meu filho nas atividades da YMCA para uso em relações públicas, fins promocionais ou de publicidade.
INICIA	Política de Comportamento: Li e entendi a Política de Comportamento Após a Escola da YMCA.
INICIA	Filmes: Dou permissão para meu filho assistir a um filme G aprovado pelo diretor, embora não faça parte de planos de aula



Formulário de Inscrição do Programa Pós-Escolar

YMCA of Martha's Vineyard

ASP STAFF USE ONLY: Registered:
 _____ 15th or Fridays
 _____ Y Financial Assistance _____%
 _____ Bailey Boyd _____%

	agendados regularmente.
INICIA	Acordo de Admissão: Eu li este Acordo de Admissão e concordo plenamente com os seus termos. Pela minha inicial e por meu livre-arbítrio, eu concordo em indenizar e salvar a YMCA de Martha's Vineyard de todas as reivindicações e demandas, custos ou despesas decorrentes de quaisquer danos e prejuízos sofridos por mim ou por qualquer outra parte a quem Eu sou responsável.

Acordo de pagamento	
INICIA	Entendo que os pagamentos sejam devidos todas as sextas-feiras para a próxima semana do Programa Pós-Escola OU mensalmente no dia 15. É minha responsabilidade notificar o YMCA de quaisquer alterações na minha situação ou plano de matrícula.
INICIA	Entendo que, se meus pagamentos tiverem atrasados, eu não serei inscrito no Programa pós-escolar da YMCA.
INICIA	Entendo que, se meu saldo retornar, eu tenho até sexta-feira às 16h da semana atual para cuidar do meu saldo vencido.
INICIA	Eu concordo em dar uma notificação por escrito de duas semanas para o YMCA se eu planejo sair do programa. Se eu deixar de dar uma notificação por escrito antecipado de duas semanas, ou não entrar em contato com o diretor do programa para discutir a retirada de emergência do meu filho do programa, sou responsável por todos os pagamentos até o momento da notificação.
INICIA	Entendo que se eu cancelar o Programa pós-escolar da YMCA e minha conta tiver um saldo vencido, o saldo será debitado no momento do cancelamento.
INICIA	Entendo que a YMCA continuará a debitar os saldos pendentes até que o valor vencido seja pago integralmente.

*Por favor, verifique a opção de pagamento Semanal Nas Sexta Feiras Por Mes
 Nos dias 15 de cada mes

****ESTA SECAO DEVE SER PREENCHIDA ANTES QUE SEU FILHO COMECE O PROGRAMA!**

Informação da conta bancaria	
CARTÃO DE CRÉDITO ou CARTÃO DE DÉBITO	
<p>Circule: Visa Master Card American Express Discover</p>	
<p>Circulele: CARTÃO DE CRÉDITO CARTÃO DE DÉBITO</p>	
<p>Número do cartão:</p>	<p>Date de vencimento ____ ____ / ____ ____</p> <hr/> <p>3 ou 4 dígitos de código de segurança: ____ ____</p> <hr/>
CONTA CORRENTE	
<p>Número da conta:</p>	<p>Número de roteamento:</p>
<p>Nome do usuario da conta:</p>	<p>Date de vencimento</p>

Li e entendi o Acordo de Pagamento da YMCA; Aceito o meu plano de pagamento e concordo em cumprir todas as políticas em vigor. Entendo que a falha em manter meu acordo de pagamento resultará na suspensão do meu filho do



Formulário de Inscrição do Programa Pós-Escolar
YMCA of Martha's Vineyard

ASP STAFF USE ONLY: Registered:

_____ 15th or Fridays

_____ Y Financial Assistance _____%

_____ Bailey Boyd _____%

programa e que os privilégios de meu programa da YMCA de Martha Vineyard também ficarão suspensos até que minha conta esteja em situação regular.

Assinatura do Pai/ Guardiã: _____

Data: _____

ALL ABOUT ME

NAME: _____ AGE: _____

FAVORITE THING TO DO: _____

FAVORITE COLOR: _____

FAVORITE MOVIE: _____

FAVORITE FOOD: _____

LEAST FAVORITE FOOD: _____

IF I COULD GO ANYWHERE I'D GO TO: _____

MY BEST FRIEND IS: _____

MY FAVORITE SONG: _____

WHEN I GROW UP I'M GOING TO BE: _____

WHAT MAKES ME HAPPY: _____

WHAT MAKES ME SAD: _____

IF I COULD HAVE ONE WISH IT WOULD BE: _____

1. Quais atitudes de seu filho faz você sorrir?

2. Quais atitudes de seu filho os faz sorrir?



Formulário de Inscrição do Programa Pós-Escolar

YMCA of Martha's Vineyard

ASP STAFF USE ONLY: Registered:

_____ 15th or Fridays

_____ Y Financial Assistance _____%

_____ Bailey Boyd _____%

3. O que deixa seu filho irritado ou triste?

4. Como fica quando esta zangado ou triste?

5. Como podemos ajudar seu filho quando ele está zangado ou triste?

Custo

Custo por semana: **membros \$160 membros \$ 172 não-membros.**