



155 WYN Way • Boone, NC 28607
(828) 264-5174 • Fax (828) 264-0838
westernyouthnetwork.org

Aplicación de Inscripción

Nombre del niño/la niña (Participante): _____
Nombre que el participante prefiere: _____
Dirección: _____
Escuela Actual: _____ Año en escuela/ _____
Grado: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Información de la Madre

Nombre _____ Teléfono (casa) _____
Dirección _____
Lugar de Empleo _____ Teléfono (Empleo) _____
Correo Electrónico _____ Teléfono (móvil) _____

Información del Padre:

Nombre _____ Teléfono (casa) _____
Dirección _____
Lugar de Empleo _____ Teléfono (Empleo) _____
Correo Electrónico _____ Teléfono (móvil) _____

Si el niño/la niña no vive con sus padres, cuales son los nombres de los guardianes legales:

Dirección _____ Teléfono (casa) _____
Lugar de Empleo _____ Teléfono (Empleo) _____
Correo Electrónico _____ Teléfono (móvil) _____

Si hay otras personas quien tienen permiso de recoger el participante de WYN, por favor escriba sus nombres aquí:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombres de perdonas quien no tienen permiso de recoger el participante:

Uso exclusivo del personal de WYN

Application Reviewed by: _____ Date of Intake: _____

Permiso dar al Publica la Información Médica

Nombre del niño/la niña (Participante: _____
Recibe almuerzo reducido: Si _____ No _____ Recibe almuerzo gratis: Si _____ No _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ [Masculino] [Femenino]

Dirección: _____

Teléfono (casa): _____ Teléfono (trabajo): _____

Persona para contactar en caso de emergencia: Nombre _____

Relación: _____ Teléfono:(Casa) _____ (Trabajo) _____

El/La participante tiene alguna condición médico que pueda impedir su participación en las actividades de WYN? [Sí] [No]
 Si hay condiciones, explica y describe cuales actividades son prohibidos: _____

Alergias o restricciones de alimentación:

Medicaciones Actuales (Autorización adicional será necesario para administrar medicaciones durante horas del programa): _____

Condiciones médicas crónicas o recurrente: _____

Sugerencias o información adicional para los empleados de WYN: _____

Seguro medico: _____

Número de la póliza de seguro: _____

Medicaid [Sí] [No] Número de Medicaid: _____

Doctor Preferido: _____ Teléfono: _____

Hospital Preferida: _____

Estoy de acuerdo que esta información es verdad y completa. Yo entiendo y asumo todos los riesgos asociado con WYN. Yo entiendo que WYN no está responsable para las acciones de mi niño/niña. Yo doy permiso a empleados de WYN administrar "First Aid" (ayuda médica) al alcance de sus habilidades y/o sacar otra ayuda médica para el participante si necesario. Mi niño/niña puede participar en todas las actividades de WYN excepto las actividades escrito arriba.

Firma de padre/guardián: _____ **Fecha:** _____

Testigo: _____ **Fecha:** _____



Consentimiento de los padres/guardianes para dar salida y información

WESTERN YOUTH NETWORK

La intención:

- Compartir información de la ejecución educativa de mi niño/niña en _____ (Nombre de escuela).
- Incluir sus ejecuciones académicas y social-emocional desarrollo.
- Asistir individuos planean y proveen un alto-calidad programa para mis niños.

Sólo individuos con conexiones específicos a Western Youth Network pueden tener acceso a la información de los participantes. Yo, _____, el padre/guardián del participante doy permiso a escuela empleados dan salida a y trocan información sobre la ejecución educativa de mis niños con empleados de WYN. Yo entiendo que esta información usará por empleados de WYN con planeando y entregando relación construyendo, educativo, social, cultural y destrezas de vida por los programas de WYN. Esta información incluye:

Firma Iniciales de los Padres

Discusiones con los maestros de mi niño/niña, también revistas de cuestionarios sobre mi niño/niña completado por empleados de la escuela.

Información sobre los exámenes y las notas de mi niño/niña

Otra información que podría buscado en los archivos de la escuela

(Días de ausencia, acciones disciplinarios, etc.)

Yo entiendo la natura de la información estará dar salida, la importancia y uso de esta información y hay reglamentaciones requiriendo receptores de esta información mantener en confianza.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Año en escuela: _____

Escuela: _____ Maestro(a): _____

Firma de los Padres: _____ Fecha: _____

Divulgación de información/confidencialidad

El propósito de esta forma es para dar permiso a WYN y/o consejeros aprobados a recolectar cualquier información pertinente relativa al progreso del joven mientras participe en los programas de WYN. Esta información será guardada con la confidencia más alta y sólo será disponible a empleados aprobados.

Yo, _____, el padre/guardián del participante, doy permiso a dar información requerida para programas de WYN par mejor evaluar el progreso de mi niño/niña mientras participe en el programa. Esta información incluye notas, información de la corte juvenil, maestras, consejeros, salud mental, Departamento de Servicios Sociales y profesionales que tengan información pertinente al niño/niña.

Firma iniciales aquí si usted está de acuerdo: _____

Autorización para servir y transportar

Yo, _____, voluntariamente le doy mi permiso para mi niño/niña participar en las actividades y programas ofrecidas por WYN. Yo adicionalmente doy permiso a empleados y voluntarios de WYN a transportar miembros de mi familia en conexión con su participación en el programa. Yo entiendo que la participación de mi familia en el programa de WYN es voluntaria. Yo entiendo que tengo la habilidad de notificar los empleados de WYN a cualquier tiempo si yo deseo descontinuar servicios para mi niño/niña. Yo entiendo que puedo contactar los empleados de WYN para más clarificación o negociación si tengo algún problema con el servicio.

Firma iniciales aquí si usted está de acuerdo: _____

Consentimiento para grabar en video y/o sacar fotografías

Yo, _____, doy permiso completo a WYN para producir o utilizar algunos medios de comunicación incluyendo: fotografías, video, grabadora visual o cuentas escritas hizo por mí o mis hijos para el uso de cualquier o todas actividades incluyendo reportando, archivando, grabando, eventos de las noticias, publicidad, producciones, campañas, anunciando, o promociones asociado con y autorizado por WYN.

Firma iniciales aquí si usted está de acuerdo: _____

Revocación

Yo entiendo que tengo el derecho para revocar esta autorización o partes de este cuandoquiera. Si yo decido revocar esta autorización, tengo que hacer este por escrito. Una línea diagonal será dibujado por el autorización con las palabras "revocado" escrito a través del formato. Esta información permanecerá una parte permanente de la carpeta de mi hijo/hija.

Noticia de voluntad

Yo entiendo que podría rechazar esta autorización.

Firma iniciales aquí si usted está de acuerdo: _____

Manual del consumidor

Yo he obtenido y entiendo ambos el manual y los Derechos del Consumidor.

Firma iniciales aquí si usted está de acuerdo: _____

Nombre del participante: _____

Nombre del guardián (Por Favor escriba) _____

Firma de los guardianes _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____

Inscripción para el programa de verano 2019

Por favor revise las semanas que planea asistir:

Programa abierto solo de lunes a jueves

- Semana Uno Junio 17–20**
- Semana Dos Junio 24–27**
- Cerrado July 1– July 4***
- Semana Tres Julio 8–11:**
- Semana Cuatro Julio 15 – 18**
- Semana Quinta Julio 22– 25**
- Semana Seis Julio 29– Agosto 1**

Por favor, compruebe la escala de tarifas adecuada

- \$125.00 por semana tarifa estándar**
- \$100.00 por semana (Si es elegible para almuerzo reducido)**
- \$75.00 per week (Si es elegible para almuerzo gratis)**

TOTAL: Añadir todas las semanas registradas : \$_____



Hay becas limitadas para el transporte y la inscripción. Por favor, póngase en contacto con WYN y pregunte por Heather en (828)264-5174

