



FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY



2017-2018

ASES PROGRAM APPLICATION PARENT/GUARDIAN ACKNOWLEDGEMENT

The Museum School I'M.S.afe (Integrated, Museum School, Academics, Fun and Enrichment) program is a collaboration between the Museum School, San Diego County Office of Education, and the YMCA of San Diego County. The I'M.S.afe program is free to all participating families and operates before and after school programs every day school is in session. Students who are enrolled are expected to attend the I'M.S.afe program every day for the full range of program hours offered. The I'M.S.afe program is provided through state After School Education & Safety (ASES) funding and is intended to provide students with expanded academic and enrichment activities that prepare them for college, career, and life.

Child's First Name	Last Name	Middle	School
Guardians First Name	Last Name	Relationship	Phone

_____ I understand that, if enrolled, my child is expected to attend the I'M.S.afe program Monday-Friday each week for the duration of
initial the program (on days when school is in session). If, for any reason, my child cannot attend the duration of the program I must fill out an early release or late arrival form as appropriate.

_____ I understand that, if enrolled, even with an Early Release or Late Arrival form, my child may not attend the I'M.S.afe program un-
initial less they attend for a minimum of half of the program operating time.

_____ I understand that, if enrolled, my child may not have both a Late Arrival and an Early Release form for the same day for the same
initial program component. (i.e. both forms for just the PM program)

_____ I understand that, if enrolled, and even with valid Early Release and Late Arrival forms on file, my child still risks being dis-enrolled
initial for a child with greater need.

_____ I understand that enrolled children who have consistent absences from the program may be dis-enrolled.
initial

_____ I understand that enrollment each year is not guaranteed and that an application must be filled out for each child, each year.
initial

_____ I understand that all persons who enter the I'M.S.afe program area are expected to abide by the YMCA Participant/Parent Code
initial of Conduct .

_____ I understand that, if enrolled, I will be expected to read, understand, and abide by the Parent Handbook.
initial

_____ I understand that if my child is not enrolled that they will be placed on the waiting list. I also understand that the waiting list is
initial not enrolled in the order the applications are received, but utilizing the enrollment criteria. Therefore, we are unable to tell you where you are on the wait list, just that you are on it.

Parent or Guardian Signature	Date
------------------------------	------

EXPANDED LEARNING PROGRAMS-
YMCA of San Diego County
3333 Camino Del Rio South
San Diego, CA 92108





FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY



2017-2018

SOLICITUD PARA LEYENDAS

El Programa l'M.S.afe (Integrado, Museo escolar, académicos, diversión y enriquecimiento)de la escuela Museum se opera en asociación con el Oficina de Educación del Condado de San diego y le YMCA de el Condado de San Diego. El programa esta diseñado para complementar el día académico. Se ofrece de forma gratuita a las familias que están escritos en la escuela. La financiación proporcionada por el estado de California obliga que ciertos criterios de asistencia se apliquen. Por favor lee y complete el siguiente formulario con su inicial de comprensión junto a cada uno de los requisitos del programa.

Nombre del niño	Apellido	Segundo nombre	Escuela
Nombre del Guardián	Apellido	Relación	Tel.

_____ inicial Entiendo que, si está inscrito en el programa de l'M.S.afe se espera la asistencia de mi hijo de lunes a viernes cada semana durante la duración del programa (en los días cuando la escuela esta en sesión). Si, por alguna razón, mi hijo no puede asistir a la duración del programa, debo llenar una forma de Salida Temprana o Llegada Tarde según sea apropiado.

_____ inicial Entiendo que, si está inscrito, aun con una Forma de Salida Temprana, mi hijo no puede asistir a l'M.S.afe a menos que asista un mínimo de la mitad del tiempo completo del programa.

_____ inicial Entiendo que, si esta inscrito, mi hijo no puede tener tanto una Forma de Llegada Tarde y de Salida Temprana en el mismo día durante del mismo programa. (es decir, ambas formas solo para el programa de la tarde)

_____ inicial Entiendo que, si esta inscrito, e incluso con formas validas de Llegada Tarde o Salida Temprana mi hijo todavía corre el riesgo de que se le de de baja para una familia con mas puntos o para un niño con mayor necesidad.

_____ inicial Entiendo que los niños inscritos que tienen ausencias constantes pueden ser dados de baja del programa.

_____ inicial Entiendo que la inscripción de cada año no esta garantizada y que la solicitud debe ser llenada para cada niño cada año.

_____ inicial Entiendo que, se espera que, todas las personas inscritas en el programa l'M.S.afe cumplan con el Código de Participación y Conducta para Participantes y Padres.

_____ inicial Entiendo que, si esta inscrito, se espera de mi leer, entender, y cumplir con el Manual de Padres.

_____ inicial Entiendo que si mi hijo no está inscrito en el programa, será colocado en la lista de espera. También entiendo que la lista de espera no está en el orden de las solicitudes que se recibieron, pero utilizando los criterios de inscripción. Por lo tanto, no se puede decir donde están en la lista, solo que están en ella.

Firma del Padre o Tutor	Fecha
-------------------------	-------

EXPANDED LEARNING PROGRAMS-
YMCA of San Diego County
3333 Camino Del Rio South
San Diego, CA 92108



FOR YOUTH DEVELOPMENT®
 FOR HEALTHY LIVING
 FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

Application must be completed and submitted by Parent or Legal Guardian. Please print; illegible or incomplete applications will be discarded. One form per participant. *La solicitud debe ser completada y presentada por el padre o tutor legal. Las solicitudes ilegibles o incompletas serán descartadas. Una forma por participante.*

Please check which program you are applying for/ Favor de marcar el programa por el que está aplicando: <input type="checkbox"/> BOTH AM & PM <input type="checkbox"/> AM ONLY <input type="checkbox"/> PM ONLY	Please indicate your child's program needs/ Indique las necesidades del programa de su hijo WILL ATTEND / ASISTIRA	M/L	TU/M	W/Mi	TH/J	F/V
	ATTEND FULL PROGRAM/ PROGRAMA COMPLETO					

Child's First Name/ Nombre del niño	Last Name/ Apellido	Gender/Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Birth Date/ Fecha de Nacimiento:		
Address/Domicilio		City/Ciudad	State CA	Zip/Zona Postal	
Home Phone/Tel. Casa	Previous YMCA Site / Programa de YMCA inscrito anteriormente	School/Escuela	Grade in 2017-18/ Grado:		

Names of Siblings also applying for the I'M.S.afe program/ Nombres de Hermanos/as también aplicando por I'M.S.afe Must still complete a separate enrollment form/ Deben completar una solicitud separada)

Guardian 1 Name/Nombre del Guardián 1	Relationship/relación	E-mail Address/Correo:	Home Phone/Tel. Casa
Employer/Trabajo	Work Address/Domicilio	Work Phone/Tel. Trabajo:	Cell/Tel. Celular:
Guardian 2 Name/Nombre del Guardián 2	Relationship/relación	E-mail Address/Correo:	Home Phone/ Tel. Casa
Employer/Trabajo	Work Address/Domicilio	Work Phone/Tel. Trabajo:	Cell/Tel. Celular:
Family Doctor's Name/Nombre del Doctor	Address/Domicilio	Phone/ Tel.	
Medical Ins. Carrier/Compañía de Seguros	Policy #/Numero de póliza		
Dentist/Dentista	Address/Domicilio	Phone/Tel.	

Additional Participant Information / Información Adicional sobre Participante

Does participant take any medication on a daily basis/El participante toma medicamento diario? _____

Please explain what type of medication and the reason/Por favor explique el tipo de medicamento y la razón: _____

Is participant allergic to any plants, food, etc./El participante tiene alguna alergia ha alguna planta, comida, etc.? _____

Does participant have any physical restrictions or accommodations that may effect activity/Tiene el participante alguna restricción física o adaptación necesaria que límite su actividad? _____

Does participant have any chronic medical problems/Tiene el participante algún problema medico que sea crónico? _____

Additional information you feel we may need to know about the participant/Alguna información adicional sobre el participante que crea usted que necesitamos saber? _____

Additional Authorized Adult Pickups/Emergency Contacts / Adultos autorizadas para recoger o en Caso de Emergencia

	First & Last Name/ Nombre	Day Phone/Mobil/ Teléfono	Relationship to Child
1			
2			
3			
4			

Person NOT authorized/NO autorizado: _____

Updated:

Q1:Date ___/Initials ___

Q2:Date ___/Initials ___

Q3:Date ___/Initials ___