



FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

PAV YMCA BEFORE & AFTER SCHOOL CARE DISTRICT #100 2024-2025 REGISTRATION

Child's Name _____
 Child's Preferred Name _____
 Address _____
 City/State/Zip _____
 Gender _____ Date of Birth _____ Age _____
 School _____ Grade _____

Parent/Guardian Name _____
 Address _____
 City/State/Zip _____
 Cell Phone _____
 Home/Work Phone _____
 Email Address _____
 Date of Birth _____ PIN: _____

Contact for payment/enrollment issues. Office use only

Parent/Guardian Name _____
 Address _____
 City/State/Zip _____
 Cell Phone _____
 Home/Work Phone _____
 Email Address _____
 Date of Birth _____ PIN: _____

Contact for payment/enrollment issues. Office use only

PROGRAM PRICING		
	Before Care (AM)	After Care (PM)
Daily Rate	\$10	\$15
Payments are made weekly and due the Friday prior to the week registered. A payment schedule will be provided. Payments will not be adjusted or refunded for days missed. No minimum of days per week required.		

	MONDAY	TUESDAY	WEDNESDAY	THURSDAY	FRIDAY
BEFORE CARE 6:30am-8:30am	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AFTER CARE 3:00pm-6:00pm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

****Before & After Care Parent/Guardian Night will be held on Friday, August 23 from 6:00pm-7:00pm.****

NON-REFUNDABLE FEES & DEPOSIT

\$40 registration fee is due at the time of registration. **Please note, the parent/guardian will be charged a \$1.00 per minute late fee for every minute after 6:05pm, and an additional \$50 late fee after 6:15pm.**

Registration Fee: \$ _____ Deposit: \$ _____

PARENT STATEMENT OF UNDERSTANDING

- > I understand that when my child arrives in the morning, I may not leave my child at the program site unless I have signed in with a Pav YMCA staff person.
- > I give permission for my child to participate in all planned activities including trips by School District motor vehicles.
- > I give permission to photocopy all forms.
- > I give permission to the Pav YMCA to use all photos, videos, voice recording, and images taken of the child for purposes the Pav YMCA deems appropriate as detailed in the School Age Child Care Parent Handbook.
- > I understand the Pav YMCA staff is mandated by state law to report any suspected cases of child abuse or neglect to the appropriate authorities.
- > I understand the Pav YMCA is not responsible for lost, damaged, or stolen articles.
- > I have read and understood the policies in the School Age Child Care Parent Handbook and know if I fail to follow them, my child may be suspended or removed from the program.
- > I have read and understood the payment expectations. I understand that my weekly payments secure my child's spot in the program. **These payments will not be adjusted or refunded for days that are missed.**
- > I have read and discussed the discipline policies set forth by the Pav YMCA with my child. We understand and agree with the rules and policies of the Pav YMCA's School Age Child Care Program.
- > I understand that a late fee of \$1.00 per minute will be charged after 6:05pm, and an additional late fee of \$50 will be charged after 6:15pm.
- > I understand that if my balance due is not current, my child will be suspended from the program until the balance is paid in full.

I, _____, have read and understood the policies listed above.
 (Please print)

Signature: _____ Date: _____

Child's Name: _____ Age: _____ School: _____ Grade: _____

EMERGENCY CONTACT AND RELEASE INFORMATION

Please list the full name, complete address, relationship, and phone numbers of those to whom the PAV YMCA may release your child for pick up and emergency purposes. **YOU MUST LIST AT LEAST TWO CONTACTS OTHER THAN PARENTS/GUARDIANS. Any individual you authorize to pick up your child is required to have valid proof of identification.**

Name: _____
Address: _____
City/State/Zip: _____
Email: _____ Date of Birth: _____

Relationship: _____
Day Phone: _____
Evening Phone: _____
PIN: _____ Office use only

Name: _____
Address: _____
City/State/Zip: _____
Email: _____ Date of Birth: _____

Relationship: _____
Day Phone: _____
Evening Phone: _____
PIN: _____ Office use only

Name: _____
Address: _____
City/State/Zip: _____
Email: _____ Date of Birth: _____

Relationship: _____
Day Phone: _____
Evening Phone: _____
PIN: _____ Office use only

Any safety issues regarding custody concerns? _____

I authorize the PAV YMCA to release my child to the person(s) listed above. I also give consent to those listed above to act on my behalf in an emergency in the event that I cannot be reached. I understand that my child will not be allowed to leave the program with an unauthorized person. Any person picking up my child must have been authorized by a parent/guardian and must present a valid picture ID. Should an authorized person arrive to pick up my child that appears to be under the influence of alcohol or drugs, the staff will report this person to the police.

Parent/Guardian Signature

Date

HEALTH HISTORY

Does your child take any medications? Yes No Please list: _____

Does your child have any allergies, including food? Yes No Please list: _____

Please describe any current health conditions, mental health conditions, or behavioral concerns requiring medical attention, treatment, or special consideration while in the care of the Pav YMCA (including water activities). Attach detailed medical information if necessary.

I authorize the PAV YMCA to secure emergency medical treatment for my child, if necessary, provided that every effort to reach me is made as the nature of the emergency permits. Children needing medical assistance while at the PAV YMCA will be brought to Loyola Medicine MacNeal Hospital. In the event that your child is not near the PAV YMCA, they will be seeking medical treatment at the nearest hospital. I accept responsibility for any/all medical expenses my child may need and understand the YMCA does not cover health and medical expenses for participants. I also agree to waive any claims against the YMCA, its members, staff, and volunteers for injuries or damages against my child.

Parent/Guardian Signature

Date

How did you hear about Pav YMCA School Age Child Care Programming?

Friend School Website Previously Enrolled Other: _____



POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES®
 POR UNA VIDA SALUDABLE
 POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

PAV YMCA CUIDADO ANTES Y DESPUÉS DE LA ESCUELA DISTRITO #100 2024-2025 INSCRIPCIÓN

Nombre del hijo/a _____
 Nombre preferido del hijo/a _____
 Dirección _____
 Ciudad/Estado/Codigo postal _____
 Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____
 Escuela _____ Grado _____

Nombre del padre/guardián _____
 Dirección _____
 Ciudad/Estado/Codigo postal _____
 Teléfono celular _____
 Teléfono personal/trabajo _____
 Correo electrónico _____
 Fecha de nacimiento _____ PIN: _____
 Contacto para problemas de pago/inscripción Uso exclusivo de la oficina

COSTO DEL PROGRAMA		
	Cuidado antes (AM)	Cuidado después (PM)
Costo	\$10	\$15

Los pagos se realizan semanalmente y se vencen el viernes anterior a la semana registrada. Se proporcionará un calendario de pagos. **Los pagos no serán ajustados o reembolsados por días perdidos.** No se requiere un mínimo de días por semana.

Nombre del padre/guardián _____
 Dirección _____
 Ciudad/Estado/Codigo postal _____
 Teléfono celular _____
 Teléfono personal/trabajo _____
 Correo electrónico _____
 Fecha de nacimiento _____ PIN: _____
 Contacto para problemas de pago/inscripción Uso exclusivo de la oficina

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
CUIDADO ANTES 6:30am-8:30am	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUIDADO DESPUÉS 3:00pm-6:00pm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

****La noche de padres/guardiánes antes y después del cuidado se llevará a cabo el viernes 23 de agosto de 6:00pm a 7:00pm.****

PAGO Y DEPÓSITO NO REEMBOLSABLE

\$40 costo de inscripción se debe pagar en el momento de la inscripción. **Tenga en cuenta que al padre/guardián se le cobrará un cargo de \$1.00 por minuto por cada minuto después de las 6:05pm, y un cargo adicional de \$50 por retraso después de las 6:15pm.**
 Costo de inscripción: \$ _____ Depósito: \$ _____

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO DE LOS PADRES

- > Entiendo que cuando mi hijo/a llegue por la mañana, no puedo dejarlo en el sitio del programa a menos que haya firmado con un miembro del personal de Pav YMCA.
- > Doy permiso para que mi hijo/a participe en todas las actividades planificadas, incluidos los viajes en vehículos motorizados del Distrito Escolar.
- > Doy permiso para fotocopiar todos los formularios.
- > Doy permiso a la Pav YMCA para usar todas las fotos, videos, grabaciones de voz e imágenes tomadas del niño para los propósitos que la Pav YMCA considere apropiados como se detalla en el Manual de Padres de Cuidado de Niños en Edad Escolar.
- > Entiendo que la ley estatal exige que el personal de YMCA informe cualquier caso sospechoso de abuso o negligencia infantil a las autoridades correspondientes.
- > Entiendo que la YMCA no es responsable por artículos perdidos, dañados o robados.
- > He leído y entendido las políticas del Manual para Padres de Cuidado de Niños en Edad Escolar y sé que si no las sigo, mi hijo/a puede ser suspendido o retirado del programa.
- > He leído y entendido las expectativas de pago. Entiendo que mis pagos semanales aseguran el lugar de mi hijo/a en el programa. **Estos pagos no serán ajustados o reembolsados por los días que se pierden.**
- > He leído y discutido las políticas disciplinarias establecidas por la Pav YMCA con mi hijo/a. Entendemos y estamos de acuerdo con las reglas y políticas del Programa de Cuidado de Niños en Edad Escolar de Pav YMCA.
- > Entiendo que se cobrará un cargo por pago atrasado de \$1.00 por minuto después de las 6:05pm, y se cobrará un cargo adicional por pago atrasado de \$50 después de las 6:15pm.
- > Entiendo que si mi saldo adeudado no está al día, mi hijo/a será suspendido del programa hasta que el saldo se pague en su totalidad.

Yo, _____ he leído y entiendo las políticas enumeradas anteriormente.
 Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del hijo/a: _____ Edad: _____ Escuela: _____ Grado: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA E INFORMACIÓN DE LIBERACIÓN

Por favor indique el nombre completo, la relación y los números de teléfono de aquellos a quienes PAV YMCA puede entregar a su hijo/a para fines de recogida y de emergencia. **DEBE INDICAR AL MENOS DOS CONTACTOS DISTINTOS DE LOS PADRES/GUARDIANES. Todas las personas deben tener identificación cuando vienen a recojar tu hijo/a.**

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Correo electrónico _____

Fecha de nacimiento _____

Relación a niño/a: _____

Teléfono de día: _____

Teléfono durante la noche: _____

PIN: _____ Uso exclusivo de la oficina

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Correo electrónico _____

Fecha de nacimiento _____

Relación a niño/a: _____

Teléfono de día: _____

Teléfono durante la noche: _____

PIN: _____ Uso exclusivo de la oficina

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Correo electrónico _____

Fecha de nacimiento _____

Relación a niño/a: _____

Teléfono de día: _____

Teléfono durante la noche: _____

PIN: _____ Uso exclusivo de la oficina

¿Algún problema de seguridad relacionado con la custodia? _____

Autorizo a PAV YMCA a entregar a mi hijo/a a las personas mencionadas anteriormente. También doy mi consentimiento a las personas mencionadas anteriormente para que actúen en mi nombre en caso de emergencia en caso de que no puedan localizarme. Entiendo que a mi hijo/a no se le permitirá salir del programa con una persona no autorizada. Cualquier persona que recoja a mi hijo/a debe haber sido autorizada por un padre/guardián y debe presentar una identificación válida con fotografía. Si llega una persona autorizada a recoger a mi hijo/a que parece estar bajo la influencia del alcohol o las drogas, el personal denunciará a esta persona a la policía.

Firma del padre/guardián

Fecha

ANTECEDENTES DE SALUD

¿Su hijo/a toma algún medicamento? Sí No Por favor lista: _____

¿Tiene su hijo/a alguna alergia, incluida la alimentaria? Sí No Por favor lista: _____

Describa cualquier condición de salud actual, condición de salud mental o problema de comportamiento que requiera atención médica, tratamiento o consideración especial durante la programa (incluidas las actividades acuáticas). Adjunte información médica detallada si es necesario.

Autorizo a PAV YMCA a asegurar tratamiento médico de emergencia para mi hijo/a, si es necesario, siempre que se haga todo lo posible para comunicarse conmigo según lo permita la naturaleza de la emergencia. Los niños que necesiten asistencia médica mientras estén en PAV YMCA serán llevados al Loyola Medicine MacNeal Hospital. En caso de que su hijo/a no se encuentre cerca de PAV YMCA, buscará tratamiento médico en el hospital más cercano. Acepto la responsabilidad de todos los gastos médicos que mi hijo/a pueda necesitar y entiendo que la YMCA no cubre los gastos médicos y de salud de los participantes. También acepto renunciar a cualquier reclamo contra la YMCA, sus miembros, personal y voluntarios por lesiones o daños contra mi hijo/a.

Firma del padre/guardián

Fecha

¿Cómo se enteró de la programación de cuidado niños en edad escolar de Pav YMCA?

Amigo/a Escuela Sitio web Inscritos previamente Otros: _____