

Escuela: \_\_\_\_\_

Grado a partir de 9/21 \_\_\_\_\_



Fecha Para Comenzar: \_\_\_\_\_

THOMAS M. ROACH  
Mayor

YOUTH BUREAU  
OFFICE OF THE MAYOR  
11 Amherst Place • White Plains, NY 10601  
(914) 422-1378 • Fax (914) 422-6489

Frank Williams  
Exec. Director

Bhavana Pahwa, PhD.  
Deputy Director

## HEALTHY & FIT FOR LIFE PROGRAM FORMULARIO DE INSCRIPCION

### SELECT:

\_\_\_ **KARATE (Beginner) – 4:00pm – 5:00pm (Must attend Wednesday & Friday)**

\_\_\_ **KARATE (Advanced) – 5:00pm 6:00pm (Must attend Wednesday & Friday)**

\_\_\_ **BOXING (Mondays, Tuesdays, Thursdays: 4:00pm – 8:00pm)**

\_\_\_ **PERSONAL TRAINING (Mondays, Tuesdays, Thursdays: 3:30pm – 8:00pm)**

Nombre del ni@o(a) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Lugar de empleo \_\_\_\_\_ Teléfono de empleo \_\_\_\_\_

Nombre de el padre \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Lugar de empleo \_\_\_\_\_ Teléfono de empleo \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, favor de avisar a:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Parentesco con el niño(a) \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Parentesco con el ni@o(a) \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

### **RELEASE OF LIABILITY**

In consideration of your acceptance of my child or minor in my legal custody, (print name) \_\_\_\_\_, and their participation in the Healthy & Fit For Life Program, I hereby waive and release any and all claims for myself, for my child, or minor in my legal custody against the City of White Plains and the City of White Plains School District, or the officers, employees, agents, volunteers or other representatives of either of them, or any other persons working under either of their direction or engaged in the conduct of either of their affairs, arising out of any accident, illness, injury damage or loss or harm to/or incurred or suffered by my child or minor in my legal custody, or to his or her property resulting from the participation of my child or minor in my legal custody in the **Youth Bureau Program**.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha de registraci3n

## HISTORIAL MÉDICO

Nombre del Niño/a \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

¿Está bien la salud del niño/a? \_\_\_\_\_ Si no, marque lo que corresponda a continuación:

Está el niño/a sujeto a:	ALERGIAS:	HISTORIAL DE ENFERMEDADES:	
Sinusitis _____	Hiedra venenosa _____	Varicela _____	Hemofilia _____
Otitis _____	Picaduras de insectos _____	Sarampión _____	Influ. Tipo B _____
Convulsiones _____	Alimentos _____	Rubeola _____	Hepatitis B _____
Hyperactivo/a _____	Medicinas _____	Paperas _____	Asma _____
Episodios de desmayo _____	Fiebre del Heno _____	Fiebres Reumáticas _____	
Otros _____	Otros _____		

¿Está su hijo/a designado por el Comité de Educación Especial? \_\_\_\_\_

¿Está su hijo/a tomando alguna medicación? \_\_\_\_\_

¿Existe alguna otra condición de salud por la cual su hijo/a esté siendo actualmente tratado/a por un médico? \_\_\_\_\_

Por favor enumere otros problemas de salud o especificaciones de las cuales deberíamos estar al tanto e incluya aquellas que podrían limitar la participación de su hijo/a en las actividades:

\_\_\_\_\_  
**LOS PADRES DEBERÁN COMUNICAR AL CENTRO POST-ESCOLAR SI SU HIJO/A HA ESTADO EXPUESTO(a) ALGUNA ENFERMEDAD INFECTO-CONTAGIOSA ANTES DE SU ADMISIÓN.**

Restricciones \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE ALTA DE HOSPITAL/HOJA DE PERMISO

Nombre de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo de los Padres: Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, yo \_\_\_\_\_ autorizo al personal del Programa para antes de escuela a llevar a mi hijo/a \_\_\_\_\_ al hospital para cualquier atención médica que se precisara.

Compañía de Seguro de Hospitalización \_\_\_\_\_

Número de Identificación \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## PERMISO DE FOTOS/VIDEO

Yo, \_\_\_\_\_ como padre/madre o tutor legal, mediante la presente, autorizo a la ciudad de White Plains a que tome fotografías/video de mi hijo/a, \_\_\_\_\_, y que use las imágenes para publicaciones o grabaciones. Yo disuelvo cualquier reclamo que pueda venir contra la ciudad de White Plains saliendo del uso de tales imágenes/audio con o sin la ciudad o cualquier otro medio. \_\_\_\_\_ (pongas sus iniciales aquí)



# SE NECESITA! UN POCO DE SU TIEMPO DE UN POCO - RECIBA MUCHO ;



## Beneficios cuando un padre esta involucrado en la vida de sus hijos

- ❖ Calificaciones más altas, notas de exámenes, y porcentajes de graduación
- ❖ Mejor asistencia a la escuela
- ❖ Aumento en motivación, mejor estima propia
- ❖ Porcentaje más bajo de suspensión
- ❖ Disminución de uso de drogas y alcohol
- ❖ Menos momentos de comportamiento violento
- ❖ Más inscripciones en educación post-secundaria
- ❖ La comunicación/relaciones con estudiantes, padres, familias y comunidades mejoran
- ❖ El apoyo de la comunidad hacia las escuelas mejora
- ❖ La comunicación/relación con los jóvenes y maestros mejora

## PADRES:

### LA LLAVE AL DESARROLLO POSITIVO DE UN JOVEN

*Hay muchas maneras en las que usted puede permanecer conectado a su hijo/a durante el día. Piense en las maneras en las que usted puede estar envuelto y que tendrían espacio en su horario de las sugerencias dadas abajo.*

#### *Marque un servicio con el cual podría colaborar:*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> mandar suplementos cuando sea necesario | <input type="checkbox"/> proveer alimento              |
| <input type="checkbox"/> tiempo de voluntario/a                  | <input type="checkbox"/> asistir a reuniones de padres |
| <input type="checkbox"/> compartir un talento                    | <input type="checkbox"/> ser un discursante invitado   |

***Dé un poco – Reciba mucho!***

**GRACIAS POR SU AYUDA!**

**Por favor devolver este formulario al escritorio principal del Depto. de Juventud.**

Nombre de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Telefono (casa): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_