**¡BIENVENIDOS A WEST SIDE COMMUNITY SERVICES!**

**Estoy aplicando por (selecciona uno):**

* + Programa para los jóvenes (tienen 6-12 años)
	+ Programa para los adolescentes (tienen 13-20 años)

**Información para el programa de juventud**:

* El programa es lunes – viernes a las 3:00pm – 5:30pm.
* Nuestro programa incluye 1:1 ayuda con la tarea, una merienda, los deportes, los artes y actividades de enriquecimiento.
* Por favor, organiza transportación del autobús al centro con la escuela de tu niño.
* Nosotros te preguntamos que tú eres un miembro de WSCS como un West Side Family miembro y pagar la membresía anual. Esta membresía permite que toda la familia puede usar el centro.

**Información para el programa para los adolescentes:**

* El programa es lunes – viernes a las 5:30 – 8:00 pm.
* Nuestro programa incluye una merienda, los deportes, programas de salud y bienestar, y actividades de enriquecimiento.
* Nosotros te preguntamos que tú eres un miembro de WSCS como un West Side Individual miembro y pagar la membresía anual. Esta membresía permite que el adolescente puede usar el centro.

Por favor, regrese este paquete completado y la forma de membresía a:

West Side Community Services

161 Vermont Street

Buffalo, NY 14213

(716) 884-6616


# POR FAVOR, ADJUNTA PRUEBA DE RESIDENCIA Y UNA COPIA DE LA CERTIFICAD DE NACIMIENTO.

**Nombre:** **Fecha:**

**Dirección:** **Teléfono**:

**Fecha de nacimiento: Sexo:** **M / F Edad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Escuela:** **Grado:**

**Etnicidad:** Afroamericano \_\_\_\_ Asían \_\_\_\_ Caucasiano\_\_\_\_ Nativo Americano\_\_\_\_\_\_ Otra\_\_\_\_\_

**¿Latino? SI NO**

**Información de los padres/guardianes:**

1) Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número del teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número del trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número del teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número del trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:**

1) Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número del teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número del trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número del teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número del trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SEGURIDAD JUVENIL**

**Por favor, marque uno:**

* **No- Mi hijo no tiene ningún pedido de protección con respecto a su seguridad de hoy en día**
* **Sí - m juventud tiene una orden de protección relacionado con su seguridad.**

*.***En caso afirmativo**- *Tenemos que tener copias de cualquier orden de protección que se*

*relacionan con su hijo. Estos documentos deben incluir una foto clara, nombre completo*

*y la licencia, marca y modelo del vehículo para cualquier persona nombrada en la orden y*

*todas las personas que no les permite estar cerca de su hijo.*

**¿Con quién vive el joven? (Circule uno)**

🞏 Madre y padre 🞏 Madre 🞏 Padre 🞏 Abuelos 🞏 Guardián

**Condiciones médicas de las cuales debemos saber: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **¿Su hijo tiene alguna de las siguientes? (Circule solo un nivel de ingreso)**

Medicina Recetada Epinefrina Pluma Inhalador Otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EMERGENCIA TRATAMIENTO MEDICO**

(Por favor inicial)

***\_\_\_\_\_***En caso de una emergencia o lesión, doy mi permiso para que mi hijo tratado por un profesional de la medicina en la más cercana clínica médica u hospital.

**ALERGIA E INFORMACIÓN DIETETICA**

Entendemos que hay muchos estudiantes con alergias a base de alimentos, así como las restricciones religiosas. Para asegurar el mejor que nos encontramos con las necesidades de su juventud, por favor conteste las siguientes preguntas lo más detalladamente posible.

**Por favor, marque uno de los siguientes:**

\_\_\_\_\_ Mi hijo **no tiene** una alergia a los alimentos o restricción dietética. Él o ella puede comer y participar en todas las actividades relacionadas con la alimentación.

\_\_\_\_\_ Mi hijo **tiene** una alergia alimentaria o restricción dietética. Él o ella puede participar en las actividades, pero no puede comer o manejar los siguientes elementos (por favor escriba a continuación):

\_\_\_\_\_ Mi hijo **tiene** una alergia alimentaria o restricción dietética. Él o ella no puede participar directamente en las actividades, pero él / ella puede trabajar con un compañero mientras la pareja siempre se ocupa de los siguientes elementos (por favor escriba a continuación):

 Firma de los padres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Lista de Alimentos Alergia - incluir información adicional que le ayudará a mantener seguro a su hijo:*

**FORMULARIO DE CAMPO TRIP CONSENTIMIENTO**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le doy a mi hijo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (el nombre del padre) (el nombre del niño)

Permiso para participar en las excursiones, patrocinado por West Side Community Services (Los padres serán informados de la hora y fechas de cada excursión / especial). También doy permiso para que mi hijo participe en eventos especiales o espectáculos ofrecidos por los Servicios a la Comunidad del lado oeste.

Firma de los padres (Nombre legal, por favor): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EXPECTATIVAS DE LA JUVENTUD**

1. Los niños van a seguir todas las instrucciones dadas por el personal de WSCS
2. Los niños van a respetarse mutuamente.
3. Los niños no van a luchar
4. Los niños no van a maldecir.

Si su hijo no puede cumplir con estas expectativas, se tomarán las medidas disciplinarias apropiadas. Tenga en cuenta que la participación en un paseo de campo se basa en qué tan bien puede cumplir su niño con estas expectativas. Si su niño no pasa continuamente para cumplir con estas expectativas, su hijo será escrito y tendrá información. Tres informes podrían resultar en la suspensión del programa.

**EXPECTATIVAS DE LOS PADRES**

1. Los participantes deben presentar prueba de certificado de edad (ejemplo) nacimiento y prueba de la dirección.
2. Los participantes, las edades de 6-12 deben permanecer en el edificio durante todo el programa

 (3:00pm-5:30pm).

* 1. Los niños deben ser recogidos puntualmente a las 5:30 pm.
1. Los participantes, las edades de 13-20, tienen que permanecer dentro del centro durante todo el programa (5:30- 8pm). Una vez que el adolescente se va, no pueden regresar.
	1. Los adolescentes deben irse antes/a las 8 pm.

***Si su hijo tiene una alergia alimentaria grave o condición médica, o si hay algo que no se tratan en esta aplicación - por favor, póngase en contacto con el personal directamente para discutir las necesidades de su hijo:***

**Jesi Miller- Director de Youth Services**

**716-884-6616 ext. 14**

**FORMA DE LIBERACIÓN**

El suscrito entre en el presente Acuerdo con el West Side Community Services. Se me ha informado y entiendo que el West Side Community Services está registrando mi nombre, imagen, imagen, voz, apariencia y rendimiento.

1. Doy West Side Servicios a la Comunidad y las personas designadas por el derecho a usar mi nombre, imagen, imagen, voz, apariencia y el rendimiento que se concreta en la ya sea grabada en una cinta de vídeo o transferido, películas, diapositivas, fotografías, cintas de audio, u otros medios de comunicación, ahora conocido o desarrollado. Esta donación incluye, sin limitación, el derecho de editar, mezclar o duplicar y para utilizar o reutilización en su totalidad o en parte como West Side Community Services elija. West Side Community Services o su designado debe tener la propiedad completa en la que aparezco, incluyendo los intereses del copyright, y yo reconozco que no tengo ningún interés o la propiedad o sus derechos de autor.
2. También concedo West Side Servicios a la Comunidad y sus representantes el derecho a difundir , exhibir, comercializar, vender , y de otra manera distribuir el producto , ya sea en su totalidad o en partes , y ya sea solo o con otros productos, para fines comerciales o no comerciales la televisión o el teatro , exposición de circuito cerrado , la distribución de vídeo en casa o cualquier otro propósito que el lado oeste Servicios a la Comunidad , o sus sucesores , a su exclusiva discreción, determine . Esta donación incluye el derecho a utilizar para la promoción o publicidad de cualquiera de los usos.
3. Yo confirmo que no tengo el derecho de entrar en este Acuerdo, que no estoy restringido por ningún compromiso a terceros, y que West Side Community Services no tiene ningún compromiso financiero o de obligaciones a mí como resultado de este Acuerdo. Doy por este medio todas las autorizaciones, derechos de autor y de otro modo, para el uso de mi nombre, imagen, imagen, voz, apariencia y el rendimiento incorporada en el producto. Me expresamente liberar e indemnizar West Side Servicios a la Comunidad y sus funcionarios, empleados, agentes y designados de cualquier y todas las reclamaciones conocidas y desconocidas que surja de o relacionados de alguna manera con los usos otorgados por encima y representaciones. Los derechos concedidos West Side Servicios a la Comunidad en el presente documento son perpetuos y en todo el mundo.
4. Teniendo en cuenta todo lo anterior, la presente acuso recibo de la consideración razonable y justo del lado oeste de Servicios a la Comunidad.

He leído lo anterior y entender sus términos y estipulaciones y estar de acuerdo con todas ellas:

Nombre del participante (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del participante (Si 18 años o más): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Si la persona que firma es menor de 18 años de edad, un padre o tutor legal debe firmar a continuación).

Por la presente certifico que soy el padre o tutor legal del joven nombrado arriba y doy mi consentimiento sin reservas a lo anterior, en nombre de él o ella.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Padre o tutor legal)

**LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN**

Nombre de niño:

Nombre de escuela y numero: \_\_\_\_\_\_

Grado: Nombre de maestro y numero de cuarto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doy mi permisión a West Side Community Services (WSCS), 161 Vermont Street, Buffalo, NY 14213 para obtener copias de los reportes de escuela para mi hijo/hija. Queremos proporcionar apoyo a mi hijo/hija en el programa después de la escuela.

**Escriba nombre de padre/guardián: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firmar-Fuera (Solamente para las edades 6 hasta 12)**

Los padres / guardianes / miembros de la familia deben entrar en WSCS y desconectar su hijo del cuidado después de la escuela. **Por favor, firme la parte inferior de este papel e indica exactamente quien se permite a firmar por su hijo.**

|  |  |
| --- | --- |
| Escriba el nombre del padre / guardan / pariente | Relación al estudiante |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |

**¿Se permite a su hijo caminar a casa del centro a las 5:30pm**? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_