



For Office Use Only:
Date Received: _____
Received by Initials: _____
Program Designated:
 Elementary School
 Middle School
Phone Call Date: _____

2018 SUMMER INTERSESSION REGISTRATION

Application must be completed and submitted by Parent or Legal Guardian. One form per participant.
La aplicación debe ser completada y entregada por el padre o guardián legal. Una forma por participante.

Child's Name/Nombre del niño				
Birth Date/Fecha de Nac. / /	School/Escuela	Gender/Género <input type="checkbox"/> Female Mujer	<input type="checkbox"/> Male Hombre	18-19 Grade/Grado: Age/Edad:
Address/Domicilio		E-mail Address/Correo electrónico:		
City/Ciudad - State/Estado - Zip/Zona Postal		Home Phone/Tel. Casa		
Guardian 1 Name/Nombre del Guardián 1		Work Phone/Tel. Trabajo:		
Employer/Trabajo		Cell/Tel. Celular:		
Guardian 2 Name/Nombre del Guardián 2		Work Phone/Tel. Trabajo:		
Employer/Trabajo		Cell/Tel. Celular:		
Names and Grades of Siblings also applying for Interession/Nombres y Grados de Hermanos/as también aplicando para el programa:				

CHILD RELEASE AUTHORIZATION/EMERGENCY CONTACT INFORMATION

AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE NIÑOS/INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Additional Persons Authorized to Pick Up Child from Facility/Adultos autorizados para recoger adicionales:

Name/Nombre	Relationship/Relación	Phone Number(s)/Numero(s) de Tel.
1.		
2.		
3.		

HEALTH HISTORY / HISTORIA DE SALUD

Is the child currently taking medication? / ¿El niño está tomando medicamentos actualmente? <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No
Medications administered during program require a completed MEDICAL RELEASE FORM <i>Los medicamentos administrados durante el programa requieren un MEDICAL RELEASE FORM completo</i>
List any conditions requiring special consideration, accommodations or restrictions while in program / Especifique cualquier condición que requiera consideración especial, adaptaciones o restricciones mientras se encuentre en el programa:
List any allergies the participant may have / Especifique alguna alergia que el participante tenga:
Does participant have any physical restrictions or accommodations that may effect activity / ¿Tiene el participante alguna restricción física o adaptación necesaria que limite su actividad?
Please select weeks attending / Por favor seleccionar los días que asistirá: *Program will not run on Wednesday, July 4th. *El programa no estará abierto el miércoles 4 de Julio. <input type="checkbox"/> Week 1 (7/2-7/6) <input type="checkbox"/> Week 2 (7/9-7/13) <input type="checkbox"/> Week 3 (7/16-7/20) <input type="checkbox"/> Week 4 (7/23-7/27) <input type="checkbox"/> Week 5 (7/30-7/31)
PROGRAM HOURS / HORARIO DEL PROGRAMA: Monday-Friday 8AM-12:30PM. SIGN IN time is from 8:00AM-9:00AM. All students MUST be PICKED UP by 12:30PM. <i>Lunes a Viernes 8AM-12:30PM. La hora de ingreso es de 8:00AM a 9:00 a.m. Todos los estudiantes DEBEN SER RECOGIDOS antes de las 12:30PM.</i>



Contact Information/Información de contacto
Jenny Real - YMCA ASES Program Director
jreal@ymca.org (619) 421-9622 ext. 14247
Willow Elementary School: (619) 852-6614
San Ysidro Middle School: (619) 454-0770

