

MGH YOUTH ZONE

DESPUES DEL PROGRAMA ESCOLAR



ACTIVIDADES QUE OFRECEMOS:

Tutoría/Ayuda con la Tarea, Artes y Manualidades, Lecciones Culinarias, Atletismo, Oradores Invitados, Lecciones de Música y Más!

GRATIS
EDADES
9-17

Detalles del Programa



Lunes - Viernes; Comienza Sep 11th



2:30pm - 6:00pm



300 Broadway Revere MA 02151

Para Más Información



617-548-3723



mlenson@mgb.org



Escanear Para Formulario de Registro



MGH REVERE YOUTH ZONE FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Para asistir a Youth Zone, envíe un formulario de inscripción y los registros físicos y de vacunación más recientes de su hijo.

EL PERSONAL SOLO SE PROPONE:

PROGRAM:

DATE:

RECIEVED BY:

Los formularios completos y los registros médicos se pueden enviar por correo electrónico a mlenson@mgb.org, dejarlos en persona en 300 Broadway Revere MA o enviarlos por fax al 781-284-0066

INFORMATION DE NIÑO/A

PRIMER NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ GRADO: _____ ESCUELA: _____

DIRECCION DE CASA: _____

GÉNERO Y/O PRONOMBRES: _____

PADRE/GUARDIÁN #1

PRIMER NOMBRE: _____

APELLIDO: _____

DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE A LA DEL NIÑO):

TELÉFONO PRINCIPAL: _____

TELÉFONO SECUNDARIO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

PADRE/GUARDIÁN #2

PRIMER NOMBRE: _____

APELLIDO: _____

DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE A LA DEL NIÑO):

TELÉFONO PRINCIPAL: _____

TELÉFONO SECUNDARIO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

POR FAVOR MENCIONE A ALGUIEN QUE NO SEA PADRES/GUARDIANES

NOMBRE: _____ NOMBRE: _____

RELACIÓN: _____ RELACIÓN: _____

TELÉFONO PRINCIPAL: _____ TELÉFONO PRINCIPAL: _____

TELÉFONO SECUNDARIO: _____ TELÉFONO SECUNDARIO: _____

RECOGER Y DEJAR EN

A MI HIJO/A SE LE PERMITE LLEGAR Y SALIR DE LA ZONA JUVENIL POR SU CUENTA: SÍ NO

SI NO, MI HIJO/A TIENE PERMISO PARA LLEGAR / SALIR CON:

PADRE/GUARDIÁN #1 PADRE/GUARDIÁN #2 CONTACTOS DE EMERGENCIA OTRO:

OTRO: 1) NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____ TELÉFONO: _____

2) NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____ TELÉFONO: _____

POR FAVOR ENUMERE A CUALQUIER PERSONA QUE **NO** ESTÉ AUTORIZADA A RECOGER O DEJAR A SU NIÑO/A:

HISTORIAL DE SALUD GENERAL

¿SU NIÑO/A TIENE ALERGIAS? SÍ NO EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA: _____

¿SU NIÑO/A REQUIERE NECESIDADES ALIMENTARIAS ESPECIALES? SÍ NO
EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA: _____

¿PUEDE SU NIÑO/A REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA? SÍ NO SI NO, POR FAVOR DESCRIBA: _____

CERTIFICO QUE LAS VACUNAS DE MI NIÑO/A ESTÁN AL DÍA:

INFORMACIÓN MÉDICA

INDIQUE CUALQUIER CONDICIÓN MÉDICA QUE TENGA SU NIÑO/A: _____

INDIQUE CUALQUIER MEDICAMENTO QUE SU NIÑO/A ESTÉ TOMANDO: _____

¿SE TOMAN ESTOS MEDICAMENTOS DURANTE EL CAMPAMENTO O DESPUÉS DEL HORARIO ESCOLAR?

SÍ NO SI ES ASÍ, SELECCIONE UNO: LA MEDICACIÓN DE MI NIÑO/A ES AUTOADMINISTRADA
 LA MEDICACIÓN DE MI NIÑO/A REQUIERE SUPERVISIÓN

NOMBRE DEL PEDIATRA: _____ UBICACIÓN: _____ TELÉFONO: _____

PROVEEDOR DE SEGUROS: _____ PÓLIZA DE SEGURO #: _____

EN CASO DE UNA EMERGENCIA, MI NIÑO/A DEBE SER LLEVADO AL SIGUIENTE HOSPITAL: _____

AUTORIZACIONES

AUDIO/VIDEO/FOTO Y REDES SOCIALES: ACEPTO PERMITIR QUE MI HIJO/A SEA FOTOGRAFIADO, GRABADO EN VIDEO Y/O GRABADO EN AUDIO DENTRO DE LA COMUNIDAD DE YOUTH ZONE CON EL FIN DE PROMOVER Y RECAUDAR FONDOS PARA YOUTH ZONE. MI HIJO/A PUEDE SER PUBLICADO EN LAS PÁGINAS DE REDES SOCIALES DE YOUTH ZONE: SI, DOY AUTORIZACIÓN NO, NO DOY AUTORIZACIÓN

COCINAR: ACEPTO PERMITIR QUE MI HIJO PARTICIPE EN EL CLUB DE COCINA DE LA YOUTH ZONE CON OTROS MIEMBROS BAJO LA SUPERVISIÓN DEL PERSONAL: SI, DOY AUTORIZACIÓN NO, NO DOY AUTORIZACIÓN

ENTRETENIMIENTO: ACEPTO PERMITIR QUE MI HIJO/A PARTICIPE VIENDO PELÍCULAS CLASIFICADAS PG Y JUGANDO VIDEOJUEGOS E-10+ BAJO LA SUPERVISIÓN DEL PERSONAL:

SI, DOY AUTORIZACIÓN NO, NO DOY AUTORIZACIÓN

BLOQUEADOR SOLAR Y DESINFECTANTE PARA MANOS: ACEPTO PERMITIR QUE MI HIJO SE APLIQUE Y USE BLOQUEADOR SOLAR Y/O DESINFECTANTE PARA MANOS SEGÚN LO CONSIDERE NECESARIO EL PERSONAL:

SI, DOY AUTORIZACIÓN NO, NO DOY AUTORIZACIÓN

NATACIÓN/ACTIVIDADES ACUÁTICAS (SOLO EN VERANO): ACEPTO PERMITIR QUE MI HIJO/A PARTICIPE EN ACTIVIDADES DE NATACIÓN/ACUÁTICAS BAJO LA SUPERVISIÓN DEL PERSONAL:

SI, DOY AUTORIZACIÓN NO, NO DOY AUTORIZACIÓN

ACUERDO DE MIEMBRO

COMO MIEMBRO DE MGH YOUTH ZONE, ACEPTO:

- RESPETAR A LOS DEMÁS MIEMBROS, A YOUTH ZONE SPACE, AL PERSONAL, Y A MÍ MISMO
- ESCUCHE ATENTAMENTE AL PERSONAL Y SIGA SUS INSTRUCCIONES
- ABSTENERSE DE BLASFEMIAS Y FORMAS VULGARES DE EXPRESIÓN
- DE NINGUNA MANERA, FORMA O FORMA, INTIMIDARÁ/BURLARÁ A NINGÚN OTRO MIEMBRO
- ABSTENERSE DE CUALQUIER CONFRONTACIÓN FÍSICA, INCLUIDAS PATADAS, GOLPES, ETC
- ABSTENERSE DE TRAER CUALQUIER ARTÍCULO ILEGAL O INAPROPIADO A LA YOUTH ZONE (ARMAS, DROGAS, ETC)
- ENTENDIENDO QUE EN CASO DE PÉRDIDA O ROBO DE UN ARTÍCULO, LA YOUTH ZONE NO SE HACE RESPONSABLE

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL NIÑO/A: _____ FECHA: _____

EL PERSONAL SOLO SE PHYSICAL IMMUNIZATIONS ENTERED INTO ETO ON _____ BY _____
PROPONE: