



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

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA CAMPAMENTOS DE VERANO DEL YMCA DE GREATER KANSAS CITY SERVICIOS DE DESARROLLO JUVENIL

Para uso oficial solamente Procesado por:

ID del Cliente:

Fecha:

Por favor llena este formulario cuidadosamente y completa todas las secciones. Los formularios de inscripción incompletos o ilegibles no serán procesados

## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre del niño(a)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> No binario	Grado que cursará en el otoño
		<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Otro _____	
Dirección				
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono de casa	
Nombre del encargado legal N° 1				
Teléfono del trabajo		Teléfono celular		
Correo electrónico				
Nombre del encargado legal N° 2				
Teléfono del trabajo		Teléfono celular		
Correo electrónico				
Talla de camisa <input type="checkbox"/> Niño XS <input type="checkbox"/> Niño S <input type="checkbox"/> Niño M <input type="checkbox"/> Niño L <input type="checkbox"/> Niño XL <input type="checkbox"/> Adulto S <input type="checkbox"/> Adulto M <input type="checkbox"/> Adulto L <input type="checkbox"/> Adulto XL				
¿Tu hijo ya ha asistido a un campamento de verano del Y? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

## INFORMACIÓN DEL CAMPAMENTO

Por favor visita [KansasCityYMCA.org/Camp](http://KansasCityYMCA.org/Camp) para identificar los lugares y las fechas de los campamentos a los que te gustaría asistir.

Lugar/Ubicación de la escuela	Semana del campamento	Lugar/Ubicación de la escuela	Semana del campamento
Lugar/Ubicación de la escuela	Semana del campamento	Lugar/Ubicación de la escuela	Semana del campamento
Lugar/Ubicación de la escuela	Semana del campamento	Lugar/Ubicación de la escuela	Semana del campamento
Lugar/Ubicación de la escuela	Semana del campamento	Lugar/Ubicación de la escuela	Semana del campamento
Lugar/Ubicación de la escuela	Semana del campamento	Lugar/Ubicación de la escuela	Semana del campamento
Lugar/Ubicación de la escuela	Semana del campamento	Lugar/Ubicación de la escuela	Semana del campamento
Lugar/Ubicación de la escuela	Semana del campamento	Lugar/Ubicación de la escuela	Semana del campamento

Envía el formulario completo a la dirección que aparece a continuación o envíalo por fax, incluyendo ambos lados de este formulario. Los formularios se procesan en el orden en que se reciben. Dirección: 3100 Broadway Blvd. #1020, Kansas City, MO 64111 Teléfono: 816.360.3390 Fax: 816.931.1847

**KansasCityYMCA.org/Camp**

## INFORMACIÓN DE PAGO

Nombre del niño(a)

¿Su familia estará usando fondos de DCF (Kansas) o DSS (Misuri) para pagar el campamento?  Sí  No

Número de confirmación DCF

## Tarifa de registro y de depósito del campamento de verano

Se requiere un depósito de \$20 por semana para reservar el espacio de tu hijo y se aplicará a tu matrícula semanal del campamento. **El depósito no es reem-bolsable ni transferible.** También hay un monto único de tarifa de registro de \$55.

\_\_\_\_\_ x \$20 = \_\_\_\_\_ + \$55 tarifa de registro = \$ \_\_\_\_\_  
# Total de Depósito Total Monto total a  
semanas en el pagar hoy  
campamento

## Información del pagador

Una persona, que no sea el tutor primario, puede realizar los pagos semanales. Si la persona que será responsable de los pagos es diferente que el tutor primario, completa esta sección. Cada cuenta puede tener un pagador. La opción de dividir de saldos entre varias partes no está disponible.

Nombre del pagador

Teléfono principal del pagador

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

## Autorización de EFT (Transferencia Electrónica de Fondos)

Yo autorizo pagos con la información de la tarjeta/cuenta de banco a continuación. Yo entiendo que los transferencias automáticas ocurren cada viernes antes de la semana del Campamento.

**UN CHEQUE ANULADO DEBE ADJUNTARSE A ESTE FORMULARIO SI LA TRANSFERENCIA SE HACE DESDE UNA CUENTA BANCARIA**

N° de la tarjeta de Crédito/  
Débito

Fecha de vencimiento

\_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Mes Año

Firma del pagador

Fecha

1. Su hijo/a toma medicamentos a diario? Si su respuesta es sí, por favor haga una lista: \_\_\_\_\_
2. Su hijo/a va a tener que tomar medicamento mientras esté participando en el programa? Si su respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_
3. Alguna vez han diagnosticado a su hijo/a con alergias, AD (H)D, Autismo, desórdenes de salud mental, o discapacidades auditivas? Si su respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_
4. Su hijo tiene un IEP o un 504? Si su respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_
5. Su hijo/a requiere ayuda especial? Si su respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_
6. ¿Cuál es el idioma principal de su hijo/a? \_\_\_\_\_

Envía el formulario completo a la dirección que aparece a continuación o envíalo por fax, incluyendo ambos lados de este formulario. Los formularios se procesan en el orden en que se reciben.

Dirección: 3100 Broadway Blvd. Kansas City, MO 64111 Teléfono: 816.360.3390 Fax: 816.931.1847

### NUESTRA MISIÓN

El YMCA de Greater Kansas City, fundada con principios cristianos, es una organización caritativa con un ambiente comprometido a enriquecer la calidad de salud espiritual, social, mental y física de la familia, sin exclusión. UNA AGENCIA DE UNITED WAY