



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL CAMPAMENTO DE VERANO YMCA DE GREATER KANSAS CITY SERVICIOS DE DESARROLLO JUVENIL

Office Use Only ▶ Processed By:

Customer ID:

Date:

Por favor escriba claramente o use letra de molde para completar todas las secciones. Los formularios de inscripción incompletos o ilegibles no serán procesados.

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre del niño(a)	Fecha de Nacimiento	☐ Hombre ☐ Persona no binaria ☐ Mujer ☐ Otro _____	Proximo Grado Escolar
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono de casa
Nombre del tutor(a) principal			
Teléfono de trabajo		Teléfono de celular	
Correo electrónico			
Nombre del tutor(a) secundario			
Teléfono de trabajo		Teléfono de celular	
Correo electrónico			
Talla de camiseta ☐ juvenil XS ☐ juvenil S ☐ juvenil M ☐ juvenil L ☐ juvenil XL ☐ adulto S ☐ adulto M ☐ adulto L ☐ adulto XL			
¿Su hijo(a) ha completado el kínder? ☐ Si ☐ No ¿Su hijo(a) está 100% entrenado(a) para ir al baño? ☐ Si ☐ No			

INFORMACIÓN DEL CAMPAMENTO

Por favor visite [KansasCityYMCA.org/Camp](https://www.kansascityymca.org/Camp) para identificar las ubicaciones y fechas de los campamentos a los que le gustaría asistir.

Ubicación del sitio/escuela	Semana del campamento	Ubicación del sitio/escuela	Semana del campamento
Ubicación del sitio/escuela	Semana del campamento	Ubicación del sitio/escuela	Semana del campamento
Ubicación del sitio/escuela	Semana del campamento	Ubicación del sitio/escuela	Semana del campamento
Ubicación del sitio/escuela	Semana del campamento	Ubicación del sitio/escuela	Semana del campamento
Ubicación del sitio/escuela	Semana del campamento	Ubicación del sitio/escuela	Semana del campamento
Ubicación del sitio/escuela	Semana del campamento	Ubicación del sitio/escuela	Semana del campamento

Por favor devuelva el formulario completado al correo electrónico indicado a continuación o envíe por fax ambos lados de este formulario. Los formularios se procesan en el orden en que se reciben.

YClubSupport@KansasCityYMCA.org

6901 Shawnee Mission Parkway, Overland Park, KS 66202 Teléfono: 816.360.3390 Fax: 816.931.1847

KansasCityYMCA.org/Camp

INFORMACIÓN DE PAGO

Nombre del niño(a)

¿Su familia utilizará fondos de DCF (Kansas) o DSS (Missouri) para pagar el campamento? ☐ Sí ☐ No Número de confirmación de DCF

Cargo de inscripción del Campamento de Día de Verano

Se requiere una cuota de inscripción de \$9 por semana para reservar el lugar de su hijo(a). La cuota de inscripción no es reembolsable. Si paga con tarjeta de crédito, recibirá una llamada de un miembro de nuestro equipo administrativo.

_____ x \$9 = \$ _____
total de Cargo de
semanas de inscripción a pagar
campamento hoy

Información del pagador(a)

Una persona distinta al tutor(a) principal puede realizar los pagos semanales. Si la persona responsable de los pagos es diferente al tutor(a) principal, por favor complete esta sección. Cada cuenta puede tener un solo pagador. No es posible dividir el pago entre varias personas.

Nombre del pagador(a)

Número de teléfono del pagador(a)

Dirección

Cuidad

Estado

Código Postal

Autorización de Transferencia Electrónica de Fondos (EFT)

☐ Autorizo los pagos con la información de tarjeta/cuenta bancaria indicada a continuación. Entiendo que los cargos automáticos se realizan cada viernes antes de la semana del campamento.

SE DEBE ADJUNTAR UN CHEQUE ANULADO A ESTE FORMULARIO SI EL PAGO SE REALIZA DESDE UNA CUENTA BANCARIA.

Últimos 4 dígitos de la
tarjeta de crédito/débito

Fecha de vencimiento

Mes

Año

Firma del pagador(a)

Fecha

Fondos de subvenciones de diversas fuentes apoyan este programa. Al responder esta pregunta, nos ayudará a cumplir con las solicitudes de datos demográficos de nuestros financiadores. No se compartirá ninguna información personal o identificable.

___ Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Hispano o latino Isleño del Pacífico Blanco

Dos o más razas

Prefiero no responder

¿Cuál es el idioma principal de su hijo(a)? _____

¿Alguna vez su hijo(a) ha sido diagnosticado(a) con alergias, TDA/TDAH, autismo, trastornos de salud emocional o discapacidades auditivas? Si la respuesta es sí, por favor describa:

¿Su hijo(a) tiene un IEP o un plan 504? Si la respuesta es sí, por favor describa:

¿Su hijo(a) necesitará tomar medicamentos mientras esté en el programa? Si la respuesta es sí, por favor describa:

¿Su hijo(a) requiere asistencia especial? Si la respuesta es sí, por favor describa:

Contacto de emergencia y persona autorizada para recoger (que no sea el padre/madre o tutor[a]):

Nombre _____ Teléfono _____

Por favor devuelva el formulario completado al correo electrónico indicado a continuación o envíe por fax ambos lados de este formulario.

Los formularios se procesan en el orden en que se reciben.

YClubSupport@KansasCityYMCA.org

6901 Shawnee Mission Parkway, Overland Park, KS 66202 Teléfono: 816.360.3390 Fax: 816.931.1847

KansasCityYMCA.org/Camp