

Application Received: _____



Wilkes-Barre Family YMCA POWER SCHOLARS ACADEMY™ Application

Distrito Escolar del Área de Wilkes-Barre

El YMCA Power Scholars Academy™ está abierto a estudiantes actuales en K, 1st, 2^o, 3^o y 4^o grado. Por favor complete la siguiente información para cada niño que está solicitando para inscribirse en el programa. Las solicitudes incompletas no serán procesadas. Gracias.

Nombre del Académico #1: _____

(Please Imprimir) Última primero Medio Fecha de aplicacion

Fecha de nacimiento: (mm / dd / aaaa) ____ / ____ / ____ Género: (circule uno) M F
Grade completado en junio de 2018 (Seleccione uno): K__ 1st__ 2nd__ 3rd__ 4th__ Escuela actual: _____
Teléfono de la casa del erudito: _____ Teléfono celular: _____
Otro teléfono: _____
Dirección del hogar del estudiante / dirección postal: _____

Nombre del Académico #2: _____

(Please Imprimir) Última primero Medio Fecha de aplicacion

Fecha de nacimiento: (mm / dd / aaaa) ____ / ____ / ____ Género: (circule uno) M F
Grade completado en junio de 2018 (Seleccione uno): K__ 1st__ 2nd__ 3rd__ 4th__ Escuela actual: _____
Teléfono de la casa del erudito: _____ Teléfono celular: _____
Otro teléfono: _____
Dirección del hogar del estudiante / dirección postal: _____

Nombre del Académico #3: _____

(Please Imprimir) Última primero Medio Fecha de aplicacion

Fecha de nacimiento: (mm / dd / aaaa) ____ / ____ / ____ Género: (circule uno) M F
Grade completado en junio de 2018 (Seleccione uno): K__ 1st__ 2nd__ 3rd__ 4th__ Escuela actual: _____
Teléfono de la casa del erudito: _____ Teléfono celular: _____
Otro teléfono: _____
Dirección del hogar del estudiante / dirección postal: _____

Padre custodio / tutor #1 : _____

(Por favor imprimir) Nombre de pila Apellido

Relación con el becario: _____ ¿Contacto de emergencia / permitido para recoger? Si ___ No ___
Domicilio: _____
Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Otro teléfono: _____
Dirección de correo electrónico: _____

Padre custodio / tutor #2: _____

(Por favor imprimir) Nombre de pila Apellido

Relación con el becario: _____ ¿Contacto de emergencia / permitido para recoger? Si ___ No ___
Domicilio: _____
Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Otro teléfono: _____
Dirección de correo electrónico: _____

Contacto de emergenciaadiciona l s Primer apellido	Relacion hacia el niño	Dirección	Celular / Otro teléfono	Permitido para recoger?
1.				Si ___ No ___
2.				Si ___ No ___
3.				Si ___ No ___

Salida Infantil : Doy permiso al YMCA para liberar a mi hijo como se indica en el formulario de inscripción. Entiendo que cualquier cambio a esta información debe enviarse por adelantado y por escrito a la oficina del programa .Si hay una pregunta acerca de con quién se irá mi hijo a casa, se mantendrá a mi hijo en el programa , se me notificará y seré responsable de recogerlo. _____ firma de padres/tutor
 _____ fecha

Determinación de ingresos (No dejar en blanco): ¿Está trabajando? ___ Sí ___ No
¿trabajas ? ___ Full-Time ___ Part-Time

Por favor liste a todos los miembros de su hogar

Nombre de los familiares	Ingreso Bruto Anual (Ganar del trabajo antes de las deducciones)	Bienestar, manutención de los hijos, pensión alimenticia	Pensiones, jubilación, seguridad social, SSI, Beneficios de VA	COMPROBAR SI NO HAY INGRESOS
EJEMPLO: JANE SMITH	\$ 200.00 / por semana	\$ 150.00 / dos veces al mes	\$ 100.00 / Mensual	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

¿Está inscrito actualmente su hijo?

			# 1	# 2	# 3
Cuidado de la escuela antes:	___ Si ___ No	dónde: _____	horas allí: _____	___	___
Cuidado después de la escuela:	___ Si ___ No	dónde: _____	horas allí: _____	___	___
Pograma de SHINE	___ Si ___ No			___	___

Información de origen étnico:

Por favor marque uno agrupe que su niño / niños más i identfy con:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Caucásico / Blanco | <input type="checkbox"/> Afroamericano / negro |
| <input type="checkbox"/> Hispano / Latino | <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo , isleño del Pacífico u otro |
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático |
| <input type="checkbox"/> Dos o más | |

Idioma principal hablado en casa:

- inglés
 Español
 Otro, especifique _____

Idioma secundario que se habla en casa : _____

Servicios especiales: indique cuál de sus hijos es:

		# 1	# 2	# 3
Is your child eligible for ELL services?	___ Si ___ No	___	___	___
¿Su hijo participa en servicios de ELL?	___ Si ___ No	___	___	___
¿Tiene su hijo un IEP?	___ Si ___ No	___	___	___
¿Su hijo tiene un trabajador de TSS?	___ Si ___ No	___	___	___
¿Puede su hijo nadar sin un chaleco salvavidas o asistencia de un adulto?	___ Si ___ No	___	___	___

¿Su hijo / hijos tiene alguna necesidad especial? discapacidades del desarrollo o físicas, que debemos tener en cuenta , por favor describa ?

Niño / camiseta de los niños Tamaño / s? Por favor - **No se** necesitan **camisetas holgadas**, 1 por niño y no se necesita número.

Joven X Pequeño
 Adulto Pequeño

Juventud pequeña
 Medio Adulto

Medio juvenil
 Adulto grande

Juvenil grande
 Adulto X grande

¿Te gustaría ser voluntario del programa de alguna de las siguientes maneras? (Se requerirán todas las verificaciones de antecedentes penales necesarias)

- Embajador principal (ayuda con el reclutamiento académico y la promoción del programa)
- Ayudante en el aula
- Asistente de desayuno
- Asistente de almuerzo
- Chaperona de viaje
- Tengo un talento / interés especial y puedo proporcionar una actividad de enriquecimiento. Explica :

Información de salud :	Por favor indique cuál de sus hijos :	#1	#2	#3
¿Su hijo toma algún medicamento? _____ Si _____ No		_____	_____	_____
¿Los medicamentos se tomarán en Power Scholars Academy? _____ Si _____ No		_____	_____	_____
Nombre de la medicación:: _____	Efectos secundarios : _____	_____	_____	_____
Nombre de la medicación:: _____	Efectos secundarios : _____	_____	_____	_____
Nombre de la medicación:: _____	Efectos secundarios : _____	_____	_____	_____
Nombre de la medicación:: _____	Efectos secundarios : _____	_____	_____	_____

Si se toman medicamentos durante POWER SCHOLARS ACADEMY™, se le pedirá que complete un Formulario de consentimiento de medicación y que proporcione una orden del médico al inscribirse.

¿Tiene su hijo / hijos alergias, restricciones de dieta o alertas de salud que debemos tener en cuenta? #1 ___ #2 ___ #3 _____

En caso afirmativo, explique (incluida la reacción y el tratamiento necesarios si su hijo se expone al alérgeno) :

Ensayo de inscripción: por favor , envíanos un mensaje , en oraciones de 3 a 5 , ¿por qué su hijo / hijos se beneficiarían al participar en la Academia Power Scholars de YMCA este verano ? ¿Tiene él / ella talentos o intereses especiales? ¿Alguna necesidad especial o cosas que necesitan mejorar? (**Responda esta pregunta en una parte muy importante de esta solicitud . La solicitud se considerará incompleta si se deja en blanco**)

Asistencia : la asistencia a Power Scholars Academy es muy importante. Su hijo / hijos no disfrutarán de los beneficios y ganancias que se esperan si no asisten regularmente. Por favor firme abajo para indicar su comprensión de este requisito.

Entiendo que la asistencia en la YMCA POWER SCHOLARS ACADEMY™ es muy importante para mi hijo / hijos . Prometo que si mi hijo / hijos son aceptados que voy a prometer para asegurarse de que ella / él / ellos asisten s sobre una base regular.

Nombre de padre / tutor

iPrisa! No te pierdas: el espacio es limitado . Las aplicaciones se procesarán a medida que lleguen . Si el programa se demora, se dará prioridad a los estudiantes con la mayor necesidad académica. Las cartas de aceptación se le enviarán por correo postal en mayo. La provisión del programa y la participación de los estudiantes dependen de los fondos disponibles.

Las solicitudes están disponibles en el sitio web de YMCA: www.wbymca.org/power-scholars/ O del maestro de su hijo.

Presente la solicitud completa a más tardar el viernes 30 de marzo de 2018 . Envíe OR deje en YMCA.

Jennifer Brennan, Coordinadora PSA YMCA
Wilkes-Barre Family YMCA
40 West Northampton Street
Wilkes-Barre, P A 18701

**POR FAVOR, NO DEVUELVA LAS APLICACIONES AL MAESTRO O ESCUELA DE SU HIJO.
ASEGÚRESE DE RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS.
LAS APLICACIONES INCONCEPTIVAS NO SERÁN PROCESADAS .**