IMAGINE SCIENCE ORANGE COUNTY
STEM SUMMER CAMP
FORMATO DE MATRICULACIÓN

Solo para el uso de la oficina:

Sesión: 1 2 3 4

Fecha: _____/_____/_____

Verificación del Formato de Matriculación completo:_____

Registrado en CitySpan: _____

Fecha de Hoy: _____/_____/_____	Ubicación de Imagine Science: Loara HS Savanna HS South JH	
Sesión (encierre en circulo una): Sesión 1 (6/6-6/17) Sesión 2 (6/20-7/1) Sesión 3 (7/5-7/15) Sesión 4 (7/18-7/29)		

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

#1: Nombre del Niño (Apellidos, Nombres):	Fecha de nacimiento: ____/____/_____	Edad: _____
Escuela de Otoño 2016:	Notas de Otoño 2016:	Género: Masculino Femenino
Etnia: ☐ Hispano ☐ No Hispano	Raza: Blanco Negro o Afro-Americano Indio-americano o Nativo de Alaska Asiático Hawaiano o De las Islas del Pacifico Dos o Mas Razas Otros	
Alguna alergia ☐ No ☐ Si:		Preocupaciones de Salud: ☐ No ☐ Si:
Alguna medicación ☐ No ☐ Si:		
Franela (talla de adulto): S M L XL XXL	¿Ha participado en Imagine Science en el pasado? ☐ Si ☐ No	
¿Es usted miembro de algunas estas?: ☐ Boys & Girls Club ☐ Girls Inc. ☐ 4-H ☐ YMCA		
¿Participó en algún programa de verano o después de clases el año pasado? ☐ Si ☐ No		

#2: Nombre del Niño (Apellidos, Nombres):	Fecha de nacimiento: ____/____/_____	Edad: _____
Escuela de Otoño 2016:	Notas de Otoño 2016:	Género: Masculino Femenino
Etnia: ☐ Hispano ☐ No Hispano	Raza: Blanco Negro o Afro-Americano Indio-americano o Nativo de Alaska Asiático Hawaiano o De las Islas del Pacifico Dos o Mas Razas Otros	
Alguna alergia ☐ No ☐ Si:		Preocupaciones de Salud: ☐ No ☐ Si:
Alguna medicación ☐ No ☐ Si:		
Franela (talla de adulto): S M L XL XXL	¿Ha participado en Imagine Science en el pasado? ☐ Si ☐ No	
¿Es usted miembro de algunas estas?: ☐ Boys & Girls Club ☐ Girls Inc. ☐ 4-H ☐ YMCA		
¿Participó en algún programa de verano o después de clases el año pasado? ☐ Si ☐ No		

INFORMACIÓN DEL PADRE O GUARDIAN

Nombre del Padre/Guardián (Apellidos y Nombres):	Celular:	Fijo:
Dirección:		
Ciudad:	Código Postal:	Madre Padre Otro _____
Dirección de Email:	Me gustaría recibir correspondencia via: Mensaje de Texto Email Correo	
Lugar de Trabajo:		Teléfono del Trabajo:
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:

2ndo Nombre del Padre/Guardián (Apellidos y Nombres):	Celular:	Fijo:
Dirección:		
Ciudad:	Código Postal:	Madre Padre Otro _____
Dirección de Email:	Me gustaría recibir correspondencia vía: Mensaje de Texto Email Correo	
Lugar de Trabajo:		Teléfono del Trabajo:
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:

INFORMACIÓN DEL HOGAR	
¿Califica para el programa de almuerzo? Si No	Ingresos del Hogar: Menor a $20,751 $20,751-34,550 $34,551-55,300 Más de $55,300
Estado Familiar: Madre Soltera Padre Soltera Ambos Padres Guardián	
Personas en el Hogar: 1 2 3 4 5 Más de 6	
¿Cómo se enteró de nosotros? Escuela Eventos en la comunidad Un Amigo Volante Sitio Web/Internet Otros_____	

En caso de una **emergencia**, y si los padres no pueden ser localizados, las siguientes personas pueden buscar a el/los niño(s):

Nombre:	Relación (Abuelo, amigo, tía, tío, etc.)	Teléfono:
Nombre:	Relación (Abuelo, amigo, tía, tío, etc.)	Teléfono:
Nombre:	Relación (Abuelo, amigo, tía, tío, etc.)	Teléfono:
Nombre:	Relación (Abuelo, amigo, tía, tío, etc.)	Teléfono:

PERMISOS Y RECONOCIMIENTOS	
Iniciales Por Favor: _____	Yo, _____, el padre o guardián legal de el/los nombrado(s) arriba menor(es), autorizo al Imagine Science Orange County a **usar las fotos y vídeos donde el/los niño(s) aparezcan** en materiales impresos para publicidad interna y externa, y para publicidad de la compañía. . Imagine Science Orange County o cualquiera de sus asociados tienen todos los derecho sobre dichas fotos y vídeos.
☐ Si ☐ No *Iniciales Por Favor:* _____	Doy a mi(s) niño(s) el permiso de **caminar a casa** desde el lugar de Imagine Science.
☐ Si ☐ No *Iniciales Por Favor:* _____	Autorizo a Imagine Science Orange County a recibir cuidados médicos para mi(s) hijo(s) en el caso de una emergencia médica. Entiendo que soy financieramente responsable del cuidado dado a mi(s) hijo(s) y que se hará lo posible en contactar al doctor de mi elección.

Nombre del Doctor: _____

El doctor/la clínica es: _____ _____ _____

Nombre del Doctor/Dirección de la Clinica Teléfono # Seguro #

He leído y comprendo las políticas establecidas por Imagine Science Orange County y cooperaré con los empleados para asegurar que mi(s) hijo(s) obedezcan las políticas y procedimientos de Imagine Science Orange County.

_____ _____ _____/_____/_____

Firma del Padre (Guardián) Relación con el niño Fecha

Imagine Science Orange County no discrimina basado en ninguno de los motivos establecidos por la ley aplicable, los que incluyen raza, religión, sexo, nacionalidad, origen, discapacidad, edad, estado de veterano, orientación sexual y estado de ciudadanía.

Consentimiento para Participar en las Evaluaciones del Programa de Imagine Science

Imagine Science Orange County y las alianzas nacionales de Imagine Science evalúan nuestro programa para ver que estamos haciéndolo bien, para detectar las áreas del programa que podemos mejorar, y para estar seguros que los niños se están beneficiando de este programa. Parte del programa de evaluación incluye la recolecta de información de los participantes del programa. La participación en este programa es voluntaria y puede quitar su consentimiento a participar en dichas evaluaciones en cualquier momento. La participación de su hijo en el programa no se verá afectada.

Si elige participar en el programa de evaluación, su privacidad y la de su hijo serán protegidas. No usaremos el nombre de su hijo en ningún reporte o publicación. Las respuestas individuales no serán hechas publico. La información de su hijo estará segura. Como es requerido para los propósitos de evaluación, podremos compartir la información de su hijo con nuestros socios de evaluación, a quienes se les requiere extrema confidencialidad y protección de la privacidad.

Para propósitos de la evaluación le pedimos su permiso para recolectar información demográfica y estar al tanto de la asistencia de su hijo al programa. Y cuando sea aplicable, le pediremos su permiso para:

- Encuestar y/o entrevistar a su hijo acerca de su experiencia en el programa

Si tiene alguna pregunta o duda sobre el programa, o sobre los métodos de evaluación del programa, por favor contacte a Heather White al 714-290-6222 o hwhite@bgcgg.org.

☐ Si, permito que utilicen la información sobre mi hijo como parte de la evaluación del programa. Entiendo que la evaluación es parte del programa que mi hijo recibirá y que su participación es voluntaria.

☐ No, no permito que se use la información de mi hijo como parte de la evaluación del programa.

_____	_____	_____
Nombre(s) del Niño	Firma del Padre/Guardián	Fecha

Si firma arriba pero no marca ninguna casilla, asumiremos que ha aceptado a que utilicen la información sobre su hijo como parte de la evaluación del programa. Este acuerdo permanece vigente hasta que usted retire su consentimiento.

Anaheim Family YMCA
MEMBER
RELEASE and WAIVER of LIABILITY and INDEMNITY AGREEMENT

IN CONSIDERATION FOR PROGRAMS AND ACTIVITIES of the YMCA for any purpose, including, but not limited to observation or use of facilities or equipment, or participation in any off-site program affiliated with the YMCA, the undersigned, for himself or herself and any personal representatives, heirs, and next of kin, hereby acknowledges, agrees and represents that he or she has, or immediately upon entering or participating inspect and carefully consider such premises and facilities or the affiliated program. It is further warranted that such entry into the YMCA for observation or use of any facilities or equipment or participation in such affiliated program constitutes an acknowledgement that such premises and all facilities and equipment thereon and such affiliated program have been inspected and carefully considered and that the undersigned finds and accepts same as being safe and reasonably suited for the purpose of such observation, use or participation.

IN FURTHER CONSIDERATION OF BEING PERMITTED TO ENTER THE YMCA FOR ANY PURPOSE INCLUDING, BUT NOT LIMITED TO OBSERVATION OR USE OF FACILITIES OR EQUIPMENT, OR PARTICIPATION IN ANY OFF-SITE PROGRAM AFFILIATED WITH THE YMCA, THE UNDERSIGNED HEREBY AGREES TO THE FOLLOWING:

1. THE UNDERSIGNED HEREBY RELEASES. WAIVES, DISCHARGES AND CONVENANTS NOT TO SUE the YMCA and all branches thereof, its directors, officers, employees, and agents (hereinafter referred to as "releases") from all liability to the undersigned, his personal representatives, assigns, heirs, and next of kin for any loss or damages, and any claim or demands therefore on account of injury to the person or property or resulting in death of the undersigned, whether caused by the negligence of the releases or otherwise while the undersigned is in, upon, or about the premises or any facilities or equipment therein or participating in any program affiliated with the YMCA.

2. THE UNDERSIGNED HEREBY AGREES TO INDEMNIFY AND SAVE AND HOLD HARMLESS the releases and each of them from any loss, liability, damage or cost they may incur due to the presence of the undersigned in, upon or about the YMCA premises or in any way observing or using any facilities or equipment of the YMCA or participating in any program affiliated with the YMCA whether caused by the negligence of the releases or otherwise.

3. THE UNDERSIGNED HEREBY ASSUMES FULL RESPONSIBILITY FOR AND RISK OF BODILY INJURY, DEATH OR PROPERTY DAMAGE due to negligence of release or otherwise while in about or upon the premises of the YMCA and/or while using the premises or any facilities or equipment thereon or participating in any program affiliated with the YMCA.

THE UNDERSIGNED further expressly agrees that the foregoing RELEASE, WAIVER AND INDEMNITY AGREEMENT is intended to be as broad and inclusive as is permitted by the law of the State of California and that if any portion thereof is held invalid, it is agreed that the balance shall, notwithstanding continue in full legal force and effect.

THE UNDERSIGNED HAS READ AND VOLUNTARILY SIGNS THE RELEASE AND WAIVER OF LIABILITY AND INDEMNITY AGREEMENT, and further agrees that no oral representations, statements or inducement apart from the foregoing written agreement have been made.

I HAVE READ AND UNDERSTAND THIS DOCUMENT AND RELEASE

Print Name of Participant _____

Parent Signature _____ Date _____

YMCA Familiar de Anaheim

ACUERDO DE EXONERACION Y CESION DE RESPONSABILIDAD CIVIL E INDEMNIZACION

EN CONSIDERACION , de haber sido otorgado permiso del uso de las instalaciones, servicios y programas del YMCA para cualquier propósito, incluyendo, pero sin limitarse, a la observación o uso de los equipos de las instalaciones, o participación en cualquier programa en otro sitio pero afiliado al YMCA, el/la que firma, por si mismo(a) y en nombre de cualquier representante, heredero y pariente, reconoce, acuerda y asevera que ha inspeccionado y cuidadosamente considerado, o que inmediatamente antes de ingresar o participar inspeccionara, y cuidadosamente considerara' las premisas o instalaciones del programa afiliado. Además, queda sobreentendido que tal ingreso al YMCA para observación o uso de cualquiera de los equipos de las instalaciones o la participación en tales programas afiliados, constituirán un reconocimiento de que tales premisas, toda instalación, los equipos de las mismas y tales programas afiliados han sido inspeccionados y cuidadosamente considerados y que el/la que firma los halla y los acepta como seguros y razonablemente adecuados para los propósitos de tales observaciones, uso o participaci6n.

ADEMAS DE CONSIDERAR EL HABER SIDO OTORGADO PERMISO PARA INGRESAR AL YMCA PARA CUALQUIER PROPOSITO INCLUYENDO, PERO NO LIMITANDOSE, A LA OBSERVACION 0 USO DE LAS INSTALACIONES Y EQUIPOS, O LA PARTICIPACION EN CUALQUIER PROGRAMA AFILIADO AL YMCA, EL/LA QUE FIRMA ACUERDA LO SIGUIENTE:

1 . EL/LA QUE FIRMA EXIME, CEDE, LIBERA Y GARANTIZA NO DEMANDAR AL YMCA, sus directores, oficiales, empleados y agentes (de aquí en adelante se referirá' a estos como los eximidos) por cualquier responsabilidad hacia el/la que firma, sus representantes, herederos y parientes, por cualquier pérdida o da7no y cualquier reclamo o demanda por los mismos, con relación a lesiones a la persona o a la propiedad o que causaran la muerte a el/la que firma, haya sido a causa de negligencia del eximido o no, mientras el/la que firma esti en, dentro o en los alrededores de las premisas o cualquiera de los equipos de las instalaciones o participando en cualquier programa afiliado al YMCA.

2. EL/LA QUE FIRMA ACUERDA INDEMNIFICAR, SALVAGUARDAR Y NO PERJUDICAR a ninguno de los eximidos por cualquier pérdida, responsabilidad, di'n'o o costo que pudiera tener, debido a la presencia de el/la que firma en, dentro o en los alrededores de las premisas del YMCA, o en cualquier forma observando o usando los equipos de las instalaciones **del YMCA,** o participando en cualquier programa afiliado al YMCA, haya sido a causa de la negligencia del eximido o no.

3. EULA QUE FIRMA ASUME COMPLETA RESPONSABILIDAD Y LOS RIESGOS DE LESIONES CORPORALES, MUERTE 0 DAÑO A LA PROPIEDAD debido a la negligencia del eximido o no, mientras este en, dentro o en los alrededores de las premisas del YMCA, y/o mientras este usando las premisas o cualquiera de los equipos de las instalaciones, o participando en cualquier programa afiliado al YMCA.

EL/LA QUE FIRMA además acuerda expresamente que este ACUERDO DE EXONERACION, CESION E INDEMNIZACION ha de ser tan amplio e inclusivo como lo permita la Ley del Estado de California y que
si cualquier parte del mismo fuera invalidado, se acuerda que el saldo, no obstante, continuará en plena fuerza y efecto.

EL/LA QUE FIRMA HA LEIDO Y VOLUNTARIAMENTE FIRMA EL ACUERDO DE EXONERACION Y CESION DE RESPONSABILIDAD CIVIL E INDEMNIZACION y además asegura que no se le ha hecho ninguna aseveraci6n oral, declaraci6n o inducía, aparte del presente acuerdo por escrito.

POR FAVOR FIRME AL OTRO LADO DE ESTA PAGINA PARA VERIFICAR QUE HA LEIDO ESTE ACUERDO.