

NOMBRE DE NIÑO(A): \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
**Llena el paquete de registraci3n completo. Registros incompletos no ser3n aceptados.**

**Registraci3n para Cuidado de Ni3os 2018-2019**  
**DISTRITO ESCOLAR PENINSULA**  
**YMCA OF PIERCE AND KITSAP COUNTIES**



INFORMACI3N GENERAL		
NOMBRE DE NIÑO(A)	APELLIDO	PRIMER DÍA DE CUIDADO (FECHA):

YMCA CUIDADO DE NI3OS - SITIOS QUE PUEDE ATENDER 2018-2019
<input type="checkbox"/> Primaria de Artondale <input type="checkbox"/> Primaria de Discovery <input type="checkbox"/> Primaria de Harbor Heights <input type="checkbox"/> Primaria de Minter Creek <input type="checkbox"/> Primaria de Purdy <input type="checkbox"/> Primaria de Vaughn <input type="checkbox"/> Primaria de Voyager

ANTES Y DESPUES CUIDADO ESCOLAR   PAGOS MENSUALES		
SOLAMENTE CUIDADO ANTES (Abierto 6:30am)	SOLAMENTE CUIDADO DESPUES (Cerrado 6:30pm)	CUIDADO ESCOLAR ANTES Y DESPUES (Abierto 6:30am-Cerrado 6:30pm)
<b>Mañana a tiempo completo</b> <input type="checkbox"/> \$261 al mes	<b>Tarde a tiempo completo</b> <input type="checkbox"/> \$340 al mes	<b>Mañana y tarde a tiempo completo</b> <input type="checkbox"/> \$429 al mes
<b>Mañana a tiempo parcial</b> <input type="checkbox"/> 1 día por semana   \$ 65 al mes <input type="checkbox"/> 2 días por semana   \$130 al mes <input type="checkbox"/> 3 días por semana   \$157 al mes <input type="checkbox"/> 4 días por semana   \$209 al mes	<b>Tarde a tiempo parcial</b> <input type="checkbox"/> 1 día por semana   \$ 85 al mes <input type="checkbox"/> 2 días por semana   \$170 al mes <input type="checkbox"/> 3 días por semana   \$204 al mes <input type="checkbox"/> 4 días por semana   \$272 al mes	<b>Mañana y tarde a tiempo parcial</b> <input type="checkbox"/> 1 día por semana   \$ 107 al mes <input type="checkbox"/> 2 días por semana   \$214 al mes <input type="checkbox"/> 3 días por semana   \$258 al mes <input type="checkbox"/> 4 días por semana   \$343 al mes

PAGOS MENSUALES NO INCLUYE:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Semanas de descanso, incluye pago adicional</li> <li>Si solamente es cuidado antes, pago adicional aplica para semanas de conferencia</li> <li>No hay cuidado en fechas nacionales</li> </ul>
<b>Pagos se deben hacer cada 5 del mes</b>

CUOTA DE REGISTRACION	
Cuota de Registracion	<b>\$50 Cuota para Registrarte</b> – Completa cuota para Registrarte aplica

**Para Registrarte:**  
 **Llena el paquete de registraci3n completo. Registros incompletos no ser3n aceptados.**

**YMCA Child Care | Oficina de Kitsap** | 101 National Ave, Bremerton, WA 98312  
**Teléfono:** 360-813-1813, **Fax:** 360-627-9047, **Escanea o por correo electrónico:** vfrermuth@ymcapkc.org

FOR OFFICE USE ONLY			
DATE ACCEPTED	BY: STAFF NAME/BRANCH	MEMBER #	
DATE ENTERED IN DAXKO	BY: STAFF NAME	<input type="checkbox"/> WELCOME LETTER <input type="checkbox"/> CHILD FILE COPIED <input type="checkbox"/> CHILD CARE MEMBERSHIP	
APPROVED BY PROGRAM DIRECTOR <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	PROGRAM DIRECTOR NAME	CC SITE	DATE APPROVED

NOMBRE DE NIÑO(A): \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
**Llena el paquete de registraci3n completo. Registros incompletos no ser3n aceptados.**

<b>INFORMACION DE PADRE/MADRE/GUARDIAN</b>			
<b>NOMBRE COMPLETO DE PADRE/MADRE/GUARDIAN</b>		<b>AUTORIZA PARA RECOGER NINO(A)?</b> <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> No	
<b>DIRECCION</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>CODIGO POSTAL</b>	
<b>NUMERO DE TELEFONO</b>	<b>NUMERO DE CELULAR</b>	<b>NUMERO DE TRABAJO</b>	
<b>CORREO ELECTRONICO</b>		<b>RELACION AL NINO(A)</b>	

<b>NOMBRE COMPLETO DE PADRE/MADRE/GUARDIAN</b>		<b>AUTORIZA PARA RECOGER NINO(A)?</b> <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> No	
<b>DIRECCION</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>CODIGO POSTAL</b>	
<b>NUMERO DE TELEFONO</b>	<b>NUMERO DE CELULAR</b>	<b>NUMERO DE TRABAJO</b>	
<b>CORREO ELECTRONICO</b>		<b>RELACION AL NINO(A)</b>	
<b>SI APLICA, QUIEN ES EL PADRE/MADRE/GUARDIAN CUSTODIAL?</b>			
<b>SI APLICA, QUIEN NO ESTA AUTORIZADO PARA RECOGER AL NINO(A)?</b> (Debe proporcionar documentos legales con su paquete de registraci3n.)			

**CONTACTOS DE EMERGENCIA** (Solamente contactos locales, deben ser diferentes del Padre/Guardi3n que liste arriba. M3nimo de tres contactos de emergencia son requeridos. Su ni3o(a) no ser3 liberado hasta que los lites abajo. Los contactos deben tener por l3menos 14 a3os de edad y deben proporcionar una identificaci3n con foto.)

<b>NOMBRE COMPLETO CONTACTO DE EMERGENCIA</b>	<b>RELACION AL NINO(A)</b>		
<b>DIRECCION</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>CODIGO POSTAL</b>	
<b>NUMERO DE TELEFONO</b>	<b>AUTORIZA PARA RECOGER NINO(A)?</b> <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> No		

<b>NOMBRE COMPLETO CONTACTO DE EMERGENCIA</b>	<b>RELACION AL NINO(A)</b>		
<b>DIRECCION</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>CODIGO POSTAL</b>	
<b>NUMERO DE TELEFONO</b>	<b>AUTORIZA PARA RECOGER NINO(A)?</b> <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> No		

<b>NOMBRE COMPLETO CONTACTO DE EMERGENCIA</b>	<b>RELACION AL NINO(A)</b>		
<b>DIRECCION</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>CODIGO POSTAL</b>	
<b>NUMERO DE TELEFONO</b>	<b>AUTORIZA PARA RECOGER NINO(A)?</b> <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> No		

NOMBRE DE NIÑO(A): \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
**Llena el paquete de registraci3n completo. Registros incompletos no ser3n aceptados.**

<b>INFORMACION DEL NIÑO(A)</b> (Una forma por cada ni1o(a))			
<b>NOMBRE DE NIÑO(A)</b>		<b>APELLIDO</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>GRADO (OTOÑO 2018)</b>	<b>GENERO</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>ALTURA</b>	<b>PESO</b>	<b>COLOR DE OJOS</b>	<b>COLOR DE CABELLO</b>
<b>OPERACIONES/ENFERMEDADES CRONICAS</b>			
<b>FECHA DEL ULTIMO EXAMEN MEDICO/FISICO</b>		<b>FECHA DEL ULTIMO EXAMEN DENTAL</b>	
<b>ALERGIAS A COMIDA O MEDICINA</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: Lista alergias y llena una forma de un Plan Individual de Cuidado para el sitio donde cuiden a su ni1o(a) u otra informaci3n m3dica que necesitamos.			
<b>MOTIFICACIONES DIETETICAS</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: Lista cualquier modificaciones en dieta y llena una forma de un Plan Individual de Cuidado para el sitio donde cuiden a su ni1o(a) u otra informaci3n m3dica que necesitamos.			
<b>NECESIDADES/CONSIDERACIONES DEL FISICO, EMOCIONAL, PSICOLOGICO COMPORTAMIENTO</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: Lista necesidades/consideraciones y llena una forma de un Plan Individual de Cuidado para el sitio donde cuiden a su ni1o(a) u otra informaci3n m3dica que necesitamos.			
<b>TU NIÑO(A) TOMA MEDICINAS EN UNA BASE REGULAR?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: Lista medicaci3n y dosificaci3n			
<b>EL PERSONAL VA A TENER QUE ADMINISTRAR MEDICINA DIARIO?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: Llena la forma de m3dico de autorizaci3n en el sitio donde va ir su ni1o(a) y deje su medicaci3n con el envase original de la prescripci3n.			
<b>INFORMACION DE CONTACTO MEDICO</b> (Si tu ni1o(a) no tiene alg1n Dentista o Medico, padre/madre/guardi3n debe proporcionar un plan escrito en caso de un accidente m3dico o dental.)			
<b>DENTISTA DE FAMILIA</b>		<b>NUMERO DE TELEFONO</b>	
<b>DIRECCION</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>CODIGO POSTAL</b>	
<b>MEDICO FAMILIAR</b>		<b>NUMERO DE TELEFONO</b>	
<b>DIRECCION</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>CODIGO POSTAL</b>	
<b>HOSPITAL DE ELECCION</b>		<b>NUMERO DE TELEFONO</b>	
<b>DIRECCION</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>CODIGO POSTAL</b>	
<b>COMPANIA DE SEGURO</b>		<b>NUMERO DE TELEFONO</b>	
<b>POSEEADOR</b>	<b>NUMERO DE SEGURO</b>		

NOMBRE DE NIÑO(A): \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Llena el paquete de registraci3n completo. Registros incompletos no ser3n aceptados.

**MUST BE COMPLETED AND SIGNED. ALTERNATE FORMS NOT ACCEPTED.**



# Certificate of Immunization Status (CIS)

For Kindergarten-12<sup>th</sup> Grade / Child Care Entry

Please print. See back for instructions on how to fill out this form or get it printed from the Washington Immunization Information System.

<b>Office Use Only:</b>	
Reviewed by: _____	Date: _____
Signed Cert. of Exemption on file? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Child's Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_ Birthdate (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_

I give permission to my child's school to share immunization information with the Immunization Information System to help the school maintain my child's school record.

Parent/Guardian Signature Required \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.

Parent/Guardian Signature Required \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

	Date	Date	Date	Date	Date	Date
	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY
Required for School and Child Care/Preschool						
Required Only for Child Care/Preschool						
<b>Required Vaccines for School or Child Care Entry</b>						
◆ DTaP / DT (Diphtheria, Tetanus, Pertussis)						
◆ Tdap (Tetanus, Diphtheria, Pertussis)						
◆ Td (Tetanus, Diphtheria)						
◆ Hepatitis B □ 2-dose schedule used between ages 11-15						
◆ Hib ( <i>Haemophilus influenzae</i> type b)						
◆ IPV / OPV (Polio)						
◆ MMR (Measles, Mumps, Rubella)						
◆ PCV / PPSV (Pneumococcal)						
◆ Varicella (Chickenpox) □ History of disease verified by IIS						
<b>Recommended Vaccines (Not Required for School or Child Care Entry)</b>						
Flu (Influenza)						
Hepatitis A						
HPV (Human Papillomavirus)						
MCV / MPSV (Meningococcal)						
MenB (Meningococcal)						
Rotavirus						

**Documentation of Disease Immunity**  
*Healthcare provider use only*

If the child named in this CIS has a history of Varicella (Chickenpox) or can show immunity by blood test (titer) it **MUST** be verified by a healthcare provider

I certify that the child named on this CIS has:

a verified history of Varicella (Chickenpox).

laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below. **Lab report(s) for titers MUST also be attached.**

<input type="checkbox"/> Diphtheria	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Polio	_____
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Rubella	_____
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Tetanus	_____
<input type="checkbox"/> Measles	<input type="checkbox"/> Varicella	_____

Licensed healthcare provider signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(MD, DO, ND, PA, ARNP)

Printed Name \_\_\_\_\_

**To print with immunization information filled in:** Ask if your healthcare provider's office enters immunizations into the WA Immunization Information System (Washington's statewide database). If they do, ask them to print the CIS from the IIS and your child's immunization information will fill in automatically. You can also print a CIS at home by signing up and logging into MYIR at <https://wa.myir.net>. If your provider doesn't use the IIS, email or call the Department of Health to get a copy of your child's CIS: [waisrecords@doh.wa.gov](mailto:waisrecords@doh.wa.gov) or 1-866-397-0337.

NOMBRE DE NIÑO(A): \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Llena el paquete de registraci3n completo. Registros incompletos no ser3n aceptados.

**GUIA DE RECONOCIMIENTO PARA PADRE/MADRE/GUARDIAN**

**LEE Y PON TUS INICIALES EN CADA DECLARACION**

INICIAL	Yo entiendo que puedo encontrar el Gu3a para Padre/Guardi3n 2018-2019 en l3nea en ymcapkc.org/childcare y soy responsable en leerlo.
INICIAL	Estoy solicitando una copia de la Gu3a para Padre/Guardi3n 2018-2019 (no es necesario poner iniciales si no solicita una copia).
INICIAL	Yo reconozco que los participantes tienen que seguir todas las instrucciones de seguridad, permanecer en 3reas designadas por el personal, y se abstienen del comportamiento que los da3e a ellos u otros. Yo comprendo que si fracasa en adherir en el programa y las reglas de comportamiento puede causar que el participante sea despedido sin el reembolso del pago por el programa. Por favor refiera a su Gu3a de Padre/Guardi3n del 2017-2018 para clarificaci3n.

**DECLARACIONES DE ENTENDIMIENTO, PERMISO, Y CONFORMIDAD**

**LEE Y PON TUS INICIALES EN CADA DECLARACION**

INICIAL	Mi ni3o(a) tiene permiso de participar en actividades escolares y asistencia como solicite por el maestro(a) o personal escolar designado.
INICIAL	Personal tiene mi permiso de administrar desinfectante de manos al participante.
INICIAL	Yo estoy consciente y apruebo que mi ni3o(a) tenga la oportunidad de participar en las actividades del programa que pod3an involucrar en un cierto grado de riesgo y por el presente no lanzo la YMCA of Pierce and Kitsap Counties por ninguna y toda responsabilidad de cualquier naturaleza por la participaci3n de las actividades en YMCA y transportaci3n seg3n sea necesario.
INICIAL	En el caso que mi ni3o(a) se lastime, yo le doy permiso al personal certificado de YMCA de usar primeros auxilios y los autorizo en que proporcionen b3sicos primeros auxilios y resucitaci3n cardiopulmonar en situaciones que se requieran que incluyan remover una estilla, si es necesario, y/o se enferma seriamente y no me pueden contactar.
INICIAL	Yo autorizo cualquier transportaci3n, hospitalizaci3n, rayos x m3dicos y dental y/o tratamiento de ciruj3a de emergencia, se recomienda por circunstancia por cada miembro de personal m3dico del centro m3dico.
INICIAL	Yo concedo permiso para que saquen fotos/videos que incluyan mi ni3o(a) para usar en el sitio donde atiende y usar en caso de seguridad (Child Tracker Cards), pantalla de visualizaci3n, 3lbum de fotos, y proyectos de arte. Estas fotos son solamente para el sitio donde vaya tu ni3o(a).
INICIAL	Yo Concedo permiso para que saquen fotos/videos que incluyan mi ni3o(a) en los archivos de YMCA, proyectos del programa, y relaciones p3blicas que usen in la media y media social que beneficie el Child Care branch.
INICIAL	Yo entiendo que si no proporcione nombres de m3dicos o cuidado dental y otra informaci3n, yo necesito proporcionar un plan escrito en case de un accidente medico o dental.
INICIAL	Yo entiendo que puedo solicitar un plan de cuidado m3dico que incluya tambi3n un plan de desastre, de la oficina y soy responsable en leerlo.

Con mi firma, yo estoy de acuerdo con las declaraciones en esta forma y informaci3n en la Gu3a de Padre/Guardi3n, incluyendo el clima y cancelaciones por no recibir pagos a tiempo, comportamiento y reglas de reembolso.

**FIRMA DE PADRE/MADRE/GUARDIAN**

**FECHA**

Completa el paquete de registraci3n, forma de vacunaci3n, elegibilidad de la USDA, y cuota de registraci3n/en total pago por el mes para que oficialmente est3 el ni3o(a) escrito en el programa de YMCA Child Care. Tu ni3o(a) empezara dos d3as de trabajo despu3s de completar la registraci3n y el pago se procese. Es tu responsabilidad en actualizar la informaci3n en la forma como sea necesario. La Y est3 abierta para todos, independientemente del g3nero, raza, edad, fondo, ingresos, y habilidad f3sica o mental. Asistencia financiera est3 disponible.

NOMBRE DE NIÑO(A): \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
**Llena el paquete de registraci3n completo. Registros incompletos no ser3n aceptados.**

**POLITICA DE PAGOS Y PROCEDIMIENTOS**

**INGRESOS ANUALES POR HOGAR** (Por favor selecta una de las opciones abajo)

Menos de \$15,000     Menos de \$30,000     Menos de \$45,000     Menos de \$60,000     Mas de \$60,000

**ETNIA/RAZA DEL NIÑO(A)**

Asi3tico/Islands de Pacífico     Nativo Americano     Africano-Americano     Hispano     Cauc3sica     Otro \_\_\_\_\_

**INFORMACION MILITAR**

Tienes afiliaci3n militar?     Activo en Deber Militar     Jubilado/Veterano     No afiliaci3n con militar  
 En que rama:     N/A     Army     Air Force     Navy     Marines     Coast Guard     National Guard     DOD Civilian  
 Para solicitar el subsidio militar, solicite en lnea en: [www.childcareaware.org](http://www.childcareaware.org)

**ES PRIMERA VEZ QUE EL NINO(A) PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE YMCA**     Si     No

**COMO ESCUCHASTE SOBRE NUESTRO PROGRAMA?** (Marca los que apliquen)

En lnea     YMCA Child Care participante     Personal de escuela     Personal de YMCA     Amigo     Por correo     Otro

**PERSONA PRIMARIA RESPONSABLE POR LOS PAGOS**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

**PERSONA SECUNDARIA RESPONSABLE POR LOS PAGOS** (Forma adicional es requerida con nmero de cuenta)

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

**METODA DE PAGO** (Por favor escoge de las opciones)

Yo quiero que autom3ticamente se reduzca el pago de mi cuenta de banco, incluyendo el primer page del mes y cuota de registraci3n. (Junta un cheque vacio)

Nombre de Banco \_\_\_\_\_ Nombre de la persona en la Cuenta \_\_\_\_\_  
 Numero de Ruta \_\_\_\_\_ Nmero de Cuenta \_\_\_\_\_

Da que reduzcan el pago (puede ser en dos pagos):     20 **del mes antes**     25 **del mes antes**     1     5     15

Yo quiero que autom3ticamente reduzcan el pago de mi tarjeta de crdito o debito

Visa     MasterCard     American Express     Discover

Nombre en Tarjeta \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento \_\_\_\_\_  
 Nmero de Tarjeta \_\_\_\_\_ C3digo de Verificaci3n \_\_\_\_\_

Da que reduzcan el pago (puede ser en dos pagos):     20 **del mes antes**     25 **del mes antes**     1     5     15

Yo no quiero que autom3tica reduzcan el pago en mi cuenta. Yo entiendo que esperan mi pago para el 5 de cada mes o yo soy responsable en pagar \$25 de cuota tarde y suspensi3n de cuidado se aplica si mi pago esta tarde.

**DECLARACION DE ENTENDIMIENTO** (Lee y pon tus iniciales en cada declaraci3n)

INICIAL	Yo entiendo y eh leido todas las pol3ticas del pago y procedimientos, eh escogido mi m3todo de pago, y estoy de acuerdo en seguir todas pol3ticas en lugar. Yo entiendo que si fracaso en hacer mi pago los arreglos resultaran en \$25 de tarde cuota as3 como suspensi3n del programa.
INICIAL	Yo entiendo que debo proporcionar por l3menos <b>dos-semanas en anticipaci3n en escrito</b> para que me puedan rembolsar mi pago por mis vacaciones, cambio de horario, o cambi3n en mi informaci3n de cuenta. Yo entiendo que el cuidado de ni3os en YMCA no proporciona reembolso si mi ni3o(a) est3 suspendido por cualquier raz3n.
INICIAL	Yo eh incluido toda la informaci3n como requieren arriba, y tambi3n si hay alguien secundario responsable est3 informado, es mi responsabilidad duplicar esta informaci3n y dar a la segunda persona responsable y despu3s someterla al lugar apropiado para aceptarla el pago. Yo entiendo que las reglas del pago son endorsadas sin importar qui3n sea responsable por el pago.
INICIAL	Yo entiendo que si no recibo asistencia por un proveedor tercero, es mi responsabilidad empezar el proceso con mi trabajador de caso o llamado. Yo entiendo que no puedo registrar a mi ni3o(a) en cuidado de la YMCA hasta que reciba autorizaci3n del estado en escrito. Yo entiendo que el proveedor tercero necesita revisar antes de tiempo para continuar el cuidado de ni3o y hacer el pago en completo es esperado sin autorizaci3n que 3l importe se resuelva.
INICIAL	Autorizo un pago del Sistema de transferencia autom3tica (ATS) todos los meses desde la cuenta de cheques o tarjeta de debito / crdito para todos los pagos mensuales de cuidado de ni3os para incluir la disminuci3n de la atenci3n o la cobertura adicional segun lo solicitado por m3 mismo.
INICIAL	Los cargos de tarjetas de debito / crdito devueltos tendr3n un cargo de \$ 30 por parte de la YMCA. Todos los dem3s ATS o cheques devueltos ser3n reenv3o autom3tico a eCashflow Systems (ECS) para su recopilaci3n. (ECS hace dos intentos para recolectar los fondos de su cuenta.) Entiendo que una cuota de \$ 30 ser3 evaluada por ECS de mi cuenta despu3s del 3xito coleccion de fondos debido a la YMCA.
INICIAL	Yo entiendo que el a3o escolar de cuidado de ni3o en la YMCA es basado en los d3as de sesi3n de la escuela. Cuota est3 calculada y promediado por el a3o escolar para asegura consistencia del cobro mensual. Yo entiendo que no hay descuentos mensuales en semanas de descanso, meses cortos, o clima inclemente. Yo entiendo que algunas tarifas est3n sujetas a cambios.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_