

♀ **SISTERS OF SUMMER**

muchachas empezando el
grado 9-12

**13 - 17 JUNIO
10 AM - 2 PM**

**TEMAS INCLUYEN:
EMPODERAMIENTO,
AUTOEXPRESSION,
POSITIVIDAD
CORPORAL, &
JUSTICIA
REPRODUCTIVA**

**ESPACIO LIMITADO. LEA ATRAS
PARA MAS DETALLES. PARA
INSCRIBIRSE, LLAME AL 244.4901
O REGISTRASE A TRAVES
DEL SITIO WEB A
YWRC.ORG/PROGRAMS/SUMMER.**

**PROGRAMA GRATUITO. ALMUERZO INCLUIDO &
TRANSPORTE PROPORCIONADOS.**

YOUNG WOMEN'S
RESOURCE CENTER



Formulario de Inscripción: Programa de Verano de YWRC

Por favor, llene este formulario de inscripción y entregarlo a su líder de grupo, mándelo a nuestra oficina por fax a 515-243-5073, mande una copia a empowerment@ywrc.org, o mándelo a la oficina por correo a 818 5th Avenida, DSM, IA, 50309

Por favor indica con un "X" a cual sesión la participante asistirá abajo:

Hermanas de Verano (Empezando los Grados 9-12) _____ el 13-17 de Junio
Hermanas de Verano (Empezando los Grados 7-8) _____ el 20-24 de Junio _____ el 11-15 de Julio
Entrando a la Secundaria (Empezando el Grado 6) _____ el 27 de Junio - 1 de Julio _____ el 18-22 de Julio

Nombre de Participante _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Escuela _____ Empezando el Grado _____

Nombre de Cuidador(a)/Guardián _____

Correo Electrónico de Cuidador(a)/Guardián _____

Teléfono de Cuidador(a)/Guardián _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Como se identifica: Mujer _____ Trans Mujer _____ No es Binario/a _____ Otro(s) Genero(s) _____

Raza de Participante: Negro/Afro Americano _____ Asiático _____ Blanco/Caucásico _____ Nativo de Hawái/Otras Islas del Pacífico _____ Indio Americano/Nativo de Alaska _____ Otro/Multi _____

¿Participante es Latina? Sí _____ No _____

¿Utiliza el programa de almuerzo gratuito/reducido? Sí _____ No _____

***Transportación:** Necesita vivir dentro de un radio de 7 millas de la YWRC para recibir transportación

¿Necesita transportación de la **casa** a **YWRC** para el grupo? Sí _____ No _____

¿Necesita transportación a la **casa** después del grupo? Sí _____ No _____

Dirección donde dejar: _____ Igual que el anterior _____

Le doy a mi niña permiso para asistir a los programas de YWRC y cualquier excursión planeada y permitiré que mi hija sea transportada por el personal/voluntarios de YWRC.

Entiendo que el YWRC no es responsable de ningún artículo robado o perdido. En caso de accidente, lesión, o enfermedad repentina y no puedo ser localizado; doy mi consentimiento para que el personal de YWRC obtenga un tratamiento médico adecuado, para mi hija. Acepto ser responsable de todos los gastos médicos.

Yo doy permiso al YWRC para usar cualquier fotografía o cintas de video tomadas de mi hija mientras participa en el programa para usar para actividades promocionales del programa o la escuela. Sí _____ No _____

El personal del Centro puede comunicarse con usted o con su estudiante para marcar el progreso a su graduación de la escuela secundaria. Si no desea que lo hagamos, por favor marque aquí _____.

YWRC lleva a cabo encuestas periódicas con nuestros clientes para medir el progreso y mejorar la calidad de los programas.

Firma de Cuidador(a)/Guardián _____ Fecha _____



Información Médica/de Emergencia

Asumo toda la responsabilidad de cualquier accidente o lesión que pueda ocurrir, y libero a los líderes y los empleados del Centro de Recursos de Mujeres Jóvenes de toda responsabilidad. En caso de accidente, lesión o enfermedad repentina y no puedo ser contactado, solicito que se instituya la atención médica necesaria. Nuestro médico/dentista puede ser contactado en caso de tratamiento médico o como sea necesario y está autorizado a divulgar la información solicitada según sea necesario. El/la cuidador(a)/guardián es responsable de todos los gastos médicos.

Nombre de Participante _____

Doctor _____ Teléfono _____

Dentista _____ Teléfono _____

Preferencia del Hospital _____

Contactos de Emergencias

Nombre _____ Relación: _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación: _____ Teléfono _____

¿La participante tiene alguna alergia? Sí _____ No _____ Si contestó Sí, ¿Cuál son?

Medicamentos (nombre y dosis)

***Tenga en cuenta que el personal de YWRC no puede administrar medicamentos. Esta información es para personal de emergencia solamente.*

Preocupaciones de Salud

Seguro Medical _____ Número de Seguro _____

He contestado estas preguntas a mi leal saber y entender. Si tengo alguna pregunta o inquietud, hablaré con el líder del grupo.

Nombre de Cuidador(a)/Guardián _____

Firma de Cuidador(a)/Guardián _____ Fecha _____

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con el YWRC al 515.244.4901. Visite nuestro sitio web en www.ywrc.org para aprender más acerca de nuestros programas y personales.