



FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY



San Ysidro
School District EST - 1887
QUALITY EDUCATION AND OPPORTUNITY FOR ALL STUDENTS TO SUCCEED

2017-2018

LEAP APPLICATION

The YMCA LEAP program is operated in partnership with the San Ysidro School District and is designed to supplement the academic school day. It is offered free of charge to those families who are enrolled. The funding provided by the state of California mandates that certain attendance criteria be followed. Please read and complete the following form and initial your understanding next to each of the program requirements.

Child's First Name	Last Name	School
Parent's First Name	Last Name	Phone

_____ I understand that, if enrolled, my student is expected to attend LEAP Monday-Friday each week for the duration of the program (on days
initial when school is in session). If, for any reason, my student cannot attend the duration of the program I must fill out an early release or late arrival form as appropriate.

_____ I understand that, if enrolled, even with an Early Release or Late Arrival form, my student may not attend LEAP unless they attend for a
initial minimum of half of the program operating time.

_____ I understand that, if enrolled, my student may not have both a Late Arrival and an Early Release form for the same day for the same pro-
initial gram component. (i.e. both forms for just the PM program)

_____ I understand that, if enrolled, and even with valid Early Release and Late Arrival forms on file, my student still risks being dis-enrolled for a
initial child with greater need.

_____ I understand that enrolled students who have consistent absences from the program may be dis-enrolled.
initial

_____ I understand that enrollment each year is not guaranteed and that an application must be filled out for each child, each year.
initial

_____ I understand that my application is solely for the school indicated and that the enrollment status of my student is not transferable to other
initial schools.

_____ I understand that all persons who enter the LEAP program area are expected to abide by the Participant/Parent Code of Conduct posted at
initial the program.

_____ I understand that, if enrolled, I will be expected to read, understand, and abide by the LEAP Parent Handbook.
initial

_____ I understand that if my child is not enrolled that they will be placed on the waiting list. I also understand that the waiting list is not enrolled
initial in the order the applications are received, but utilizing the enrollment criteria. Therefore, we are unable to tell you where you are on the wait list, just that you are on it.

Parent Signature	Date
------------------	------

BORDER VIEW FAMILY YMCA
3601 Arey Drive
San Diego, CA 92154
P 619 428-9622





FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY



San Ysidro
School District EST - 1887
QUALITY EDUCATION AND OPPORTUNITY FOR ALL STUDENTS TO SUCCEED

2017-2018

SOLICITUD LEAP

El YMCA programa LEAP opera en asociación con el San Ysidro School District y esta diseñado para complementar el día académico. Se ofrece de forma gratuita a las familias que están escritos en la escuela. La financiación proporcionada por el estado de California obliga que ciertos criterios de asistencia se apliquen. Por favor lee y complete el siguiente formulario con su inicial de comprensión junto a cada uno de los requisitos del programa.

Nombre del niño	Apellido	Escuela
Nombre del padre	Apellido	Tel.

___ inicial Entiendo que, si está inscrito en el programa de LEAP se espera la asistencia de mi hijo de lunes a viernes cada semana durante la duración del programa (en los días cuando la escuela esta en sesión). Si, por alguna razón, mi hijo no puede asistir a la duración del programa, debo llenar una forma de Salida Temprana o Llegada Tarde según sea apropiado.

___ inicial Entiendo que, si está inscrito, aun con una Forma de Salida Temprana, mi hijo no puede asistir a LEAP a menos que asista un mínimo de la mitad del tiempo completo del programa.

___ inicial Entiendo que, si esta inscrito, mi hijo no puede tener tanto una Forma de Llegada Tarde y de Salida Temprana en el mismo día durante del mismo programa. (es decir, ambas formas solo para el programa de la tarde)

___ inicial Entiendo que, si esta inscrito, e incluso con formas validas de Llegada Tarde o Salida Temprana mi hijo todavía corre el riesgo de que se le de de baja para un niño con mayor necesidad.

___ inicial Entiendo que los estudiantes inscritos que tienen ausencias constantes pueden ser dados de baja del programa.

___ inicial Entiendo que la inscripción de cada año no esta garantizada y que la solicitud debe ser llenada para cada niño cada año.

___ inicial Entiendo que mi solicitud es únicamente para la escuela indicada y que la situación de inscripción de mi hijo no es transferible a otras escuelas.

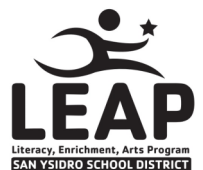
___ inicial Entiendo que, se espera que, todas las personas inscritas en el programa LEAP cumplan con el Código de Participación y Conducta para Participantes y Padres.

___ inicial Entiendo que, si esta inscrito, se espera de mi leer, entender, y cumplir con el Manual de Padres departe de LEAP.

___ inicial Entiendo que si mi hijo no está inscrito en el programa, será colocado en la lista de espera. También entiendo que la lista de espera no está en el orden de las solicitudes que se recibieron, pero utilizando los criterios de inscripción. Por lo tanto, no se puede decir donde están en la lista, solo que están en ella.

Firma del Padre o Tutor	Fecha
-------------------------	-------

BORDER VIEW FAMILY YMCA
3601 Arey Drive
San Diego, CA 92154
P 619 428-9622





2017-2018 LEAP APPLICATION



San Ysidro School District EST - 1887

QUALITY EDUCATION AND OPPORTUNITY FOR ALL STUDENTS TO SUCCEED

For Office Use Only:
Date Received: _____
Received by Initials: _____
Parent Mtg Attended: _____

FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

Application must be completed and submitted by Parent or Legal Guardian. Please print, illegible or incomplete applications will be discarded. One form per participant.

Please check which program you are applying for/ Por favor, marcar el programa el que esta aplicando: <input type="checkbox"/> BOTH AM & PM <input type="checkbox"/> AM ONLY <input type="checkbox"/> PM ONLY	My child will attend/ My estudiante asistira	M/L	TU/M	W/Mi	TH/J	F/V
	FULL PM PROGRAM/ PROGRAMA COMPLETO					
	HALF PM PROGRAM/ MITAD DEL PROGRAMA					

Child's First Name/ Nombre del niño	Last Name/ Apellido	Gender/Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Birth Date/ Fecha de Nacimiento:
-------------------------------------	---------------------	---	----------------------------------

Address/ Domicilio	City/ Ciudad	State CA	Zip/ Zona Postal
--------------------	--------------	-------------	------------------

Home Phone/ Tel. Casa	Previous YMCA Site / Programa de YMCA inscrito anteriormente	School/ Escuela	Grade in 2017-18/ Grado:
-----------------------	--	-----------------	--------------------------

Names of Siblings also applying for LEAP/ Nombres de Hermanos/as también aplicando por REACH (Must still complete a separate enrollment form/ Deben completar una solicitud separada)

Guardian 1 Name/ Nombre del Guardián 1	Relationship/ Relación	E-mail Address:	Home Phone/ Tel. Casa
--	------------------------	-----------------	-----------------------

Employer/ Trabajo	Work Address/ Domicilio	Work Phone/ Tel. Trabajo:	Cell/ Tel. Celular:
-------------------	-------------------------	---------------------------	---------------------

Guardian 2 Name/ Nombre del Guardián 2	Relationship/ Relación	E-mail Address:	Home Phone/ Tel. Casa
--	------------------------	-----------------	-----------------------

Employer/ Trabajo	Work Address/ Domicilio	Work Phone/ Tel. Trabajo:	Cell/ Tel. Celular:
-------------------	-------------------------	---------------------------	---------------------

Family Doctor's Name/ Nombre del Doctor	Address/ Domicilio	Phone/ Tel.
---	--------------------	-------------

Medical Ins. Carrier/ Compañía de Seguros	Policy #/ Numero de póliza
---	----------------------------

Dentist/ Dentista	Address/ Domicilio	Phone/ Tel.
-------------------	--------------------	-------------

Additional Participant Information / Información Adicional sobre Participante

Does participant take any medication on a daily basis/ El participante toma medicamento diario? _____

Please explain what type of medication and the reason/ Por favor explique el tipo de medicamento y la razón: _____

Is participant allergic to any plants, food, etc./ El participante tiene alguna alergia ha alguna planta, comida, etc.? _____

Does participant have any physical restrictions or accommodations that may effect activity/ Tiene el participante alguna restricción física o adaptación necesaria que límite su actividad? _____

Does participant have any chronic medical problems/ Tiene el participante algún problema medico que sea crónico? _____

Additional Authorized Adult Pickups/Emergency Contacts / Adultos autorizados para recoger o en Caso de Emergencia

	Relationship/ Relación	First & Last Name/ Nombre	Day Phone/Mobil/ Teléfono
1			
2			
3			
4			

Updated:

Q1: Date ___/Initials ___

Q2: Date ___/Initials ___

Q3: Date ___/Initials ___