



# Western Addition Beacon Center

*A Program of the Buchanan YMCA*

380 Webster Street, Room 21 • San Francisco, CA 94117 • (415) 749-2714 • (415)431-9938 (fax)

---

Gracias por permitir que el Western Addition Beacon Center forme parte de su familia. Nosotros entendemos la importancia de su decisión y se hará todo lo posible para asegurar que su niña (o) reciba la experiencia más gratificante posible después de la escuela. Nuestra misión es enriquecer las vidas de los miembros de la comunidad y garantizar el desarrollo saludable de los jóvenes. Nosotros nos esforzamos pues nuestra misión es la diligencia a través de nuestra asociación con las escuelas y otras organizaciones de la comunidad para garantizar que todas las oportunidades que están dentro de usted y de su hijo se alcance.

El WA Beacon operará comenzando el 15 de agosto de 2011 hasta el 25 de mayo de 2012. Estaremos disponibles cada semana de Lunes a Viernes para ayudarlos con todas las necesidades de su familia. Tenemos nuestro programa extraescolar para Kinder al quinto grado de las 2:40 pm hasta las 6:00 pm y nuestro programa Mid Life (para la juventud de la escuela intermedia y secundaria) de las 3:00 pm hasta las 8:00 pm. Nosotros también reconocemos la importancia de servicios de familia y para adultos, y trabajamos para servir la comunidad entera. Como se ha dicho, hay una variedad de apoyos disponibles a través del día y la tarde para adultos.

Por favor tenga en cuenta de que todos los servicios son GRATUITOS. Nuestra programa de Cuidado Matutino de Kinder hasta Quinto grado tiene sus limitaciones de la cantidad de jóvenes que pueden ser matriculados. Para estos programas los jóvenes se inscribirán en una primera llegada. Si el espacio no está disponible para su hija (o) en ese momento nosotros lo pondremos en una lista de espera mientras le ayudamos a satisfacer sus necesidades después de la escuela en el interino.

Este año venidero promete ser muy interesante ya que trabajamos juntos para mejorar los resultados educativos para nuestros jóvenes para promover prácticas de desarrollo sano en nuestra comunidad.

Gracias nuevamente.

En Comunidad,

Takija Gardner

Directora, Western Addition Beacon Center



**WESTERN ADDITION BEACON CENTER**



Forma de Registración para la Escuela Elementaria

Name: _____ Fecha de Nacimiento: _____ (Primero) (M.I) (Apellido)			
Grado: _____ Asistiendo a la Escuela: _____			
Dirección: _____ Ciudad: _____			
Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____			
<b>Check All That Apply:</b>			
<b>Raza/Etnicidad</b> <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> Other: Black _____ <input type="checkbox"/> Asian – Cambodian <input type="checkbox"/> Asian – Chinese <input type="checkbox"/> Asian – Indian <input type="checkbox"/> Asian – Japanese <input type="checkbox"/> Asian – Korean <input type="checkbox"/> Asian – Laotian <input type="checkbox"/> Asian – Thai <input type="checkbox"/> Asian – Vietnamese <input type="checkbox"/> Asian – Other: _____ <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino – Central American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino – Caribbean <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino –Cuban <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino –Mexican/Mexican-American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino –Puerto Rican <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino –South American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino – Other: _____ <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino – Not of Hispanic or Latino Origin	<input type="checkbox"/> Middle Eastern – Arab <input type="checkbox"/> Middle Eastern – Iranian <input type="checkbox"/> Middle Eastern – Other: _____ <input type="checkbox"/> Native America/American Indian <input type="checkbox"/> Native Alaskan <input type="checkbox"/> Pacific Islander – Guamanian <input type="checkbox"/> Pacific Islander –Hawaiian <input type="checkbox"/> Pacific Islander –Samoan <input type="checkbox"/> Pacific Islander –Tongan <input type="checkbox"/> Pacific Islander –Other: _____ <input type="checkbox"/> White – European American <input type="checkbox"/> White – Other <input type="checkbox"/> Multi-racial/Multi-ethnic <input type="checkbox"/> Other: _____ <b>Género</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Transgender <input type="checkbox"/> Don't Know	<b>Lenguaje Primario</b> <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Cantonese <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Laotian <input type="checkbox"/> Mandarin <input type="checkbox"/> Toishanese <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Khmer/Cambodian <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> American Sign Language <input type="checkbox"/> Other: _____ <b>Fluyente en Inglés</b> <input type="checkbox"/> Fluent <input type="checkbox"/> Somewhat <input type="checkbox"/> Not Fluent	
<b>Orientación Sexual</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual/Straight <input type="checkbox"/> Lesbian <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Questioning <input type="checkbox"/> Don't Know  <b>Otras Demografiás</b> <input type="checkbox"/> Disability <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Teen Parent <input type="checkbox"/> Public Housing <input type="checkbox"/> Public School <input type="checkbox"/> Limited English <input type="checkbox"/> Foster Care <input type="checkbox"/> School Lunch			
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <b>Padre.Encargado:</b>                      Nombre: _____                      Dirección: _____                      Ciudad: _____ Estado: _____ C.D.: _____                      Teléfono #: _____ Trabajo #: _____                      Celular/Mensajero #: _____                      Relation: _____                      Email: _____                 </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <b>Otra Contacto de Emergencia:</b>                      Nombre: _____                      Dirección: _____                      Ciudad: _____ Estado: _____ C.D.: _____                      Teléfono #: _____ Trabajo #: _____                      Celular/Mensajero #: _____                      Relation: _____                      Email: _____                 </td> </tr> </table>		<b>Padre.Encargado:</b> Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.D.: _____ Teléfono #: _____ Trabajo #: _____ Celular/Mensajero #: _____ Relation: _____ Email: _____	<b>Otra Contacto de Emergencia:</b> Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.D.: _____ Teléfono #: _____ Trabajo #: _____ Celular/Mensajero #: _____ Relation: _____ Email: _____
<b>Padre.Encargado:</b> Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.D.: _____ Teléfono #: _____ Trabajo #: _____ Celular/Mensajero #: _____ Relation: _____ Email: _____	<b>Otra Contacto de Emergencia:</b> Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.D.: _____ Teléfono #: _____ Trabajo #: _____ Celular/Mensajero #: _____ Relation: _____ Email: _____		

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>	
Participants Name _____	
Received Date _____	Received Time _____
Accepted By _____	

## INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Participante : \_\_\_\_\_  
(Primero) (M.I) (Apellido)  
Teléfono \_\_\_\_\_

Tiene su niña (o) aseguranza médica?

**Si.** Por favor complete la información de la aseguranza.

No.

Podría usted estar interesado en recibir información de aseguranza médica de bajo costo o servicios médicos gratuitos? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Tiene su niña (o) algunas condiciones médicas (Asma, condición del corazón, ataques, diabetes, problemas auditivos o perdida de la vista, alergias, etcétera) que nuestros tengamos que saber? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Por favor explique: \_\_\_\_\_

Su niña (o) toma algún medicamento durante el día? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Por favor explique: \_\_\_\_\_

### WAIVER OF LIABILITY AND PERMISSION FORM

- I, the undersigned, give permission for my child to participate in the activities offered by the Western Addition Beacon Center. I know of no physical disorder that could keep my child or ward from participating in this program. I waive any claim of liability against, and agree to hold harmless the YMCA of San Francisco, San Francisco Unified School District and any other officer, agent, and/or employee thereof from any claim of injury to participant arising out of or in any way connected with any class or activity offered by the Beacon Center
- Further, if said participant should become injured while participating in a program, I authorize transportation to any physician or surgeon licensed in the State of California to perform emergency or surgical treatments, which, in his or her judgment, may be necessary.
- I understand that the Western Addition Beacon Center conducts evaluation to asses the quality of programs. I give permission for my child to be part of this program evaluation. I also understand that the information collected about my child will be kept confidential and that only the persons connected with the Beacon Center and the evaluation will have access to this information.
- I also give my permission for any photograph, videotape, film, audiotape, or writing of said participant, obtained during normal Beacon activity hours, to be used in informational materials for the Western Addition Beacon Center and/or its affiliates.
- I also give permission for my child to attend field trips organized by the Beacon and to use transportation arranged for the purpose of field trips.

\_\_\_\_\_  
Signature of parent or guardian

\_\_\_\_\_  
Date

# YMCA of San Francisco Membership Application

## Release and Waiver of Liability and Indemnity Agreement

IN CONSIDERATION of being permitted to utilize the facilities, services and programs of the YMCA (or for my children to so participate) 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 such participating children 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 will, 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 therein 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 by the undersigned and such children.

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 ON HIS OR HER BEHALF OF SUCH CHILDREN, HEREBY RELEASES, WAIVES, DISCHARGES AND COVENANTS NOT TO SUE the YMCA, its directors, officers, employees, and agents (hereinafter referred to as "releasees") from all liability to the undersigned or such children and all his personal representatives, assigns, heirs, and next of kin for any loss or damage, 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 releasees or otherwise while the undersigned or such children 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 releasees and each of them from any loss, liability, damage or cost they may incur due to the presence of the undersigned or such children 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 negligence of the releasees or otherwise.
3. THE UNDERSIGNED HEREBY ASSUMES FULL RESPONSIBILITY FOR AND RISK OF BODILY INJURY, DEATH OR PROPERTY DAMAGE to the undersigned or such children due to negligence of releasees 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.
4. THE UNDERSIGNED HEREBY GIVES PERMISSION for the YMCA of San Francisco, or any of its branches, to use any photographs or video footage taken of the undersigned and/or the undersigned's children participating in YMCA of San Francisco activities in future YMCA promotional purposes without additional release or authorization.

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 THIS RELEASE.

Firma del padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Escriba el nombre del padre: \_\_\_\_\_

Escriba el nombre de niño en el programa: \_\_\_\_\_



## REGLAS DEL FARO (BEACON RULES)

El Western Addition Beacon Center espera de todo el personal y todos los participantes a acuar con respeto para cada una de las

1. Be respectful to
  - Peers
  - Staff
  - Property of Beacon and of peers
2. Resolve conflicts through talking and listening – NO FIGHTING!
3. No weapons or anything that looks like a weapon is allowed. We reserve the right to search personal property if deemed necessary.
4. The Beacon is a DRUG-FREE ZONE.
5. All participants must remain in programs or in the supervised “hang out” area.
6. Use respectful language and no cursing.
7. Wear Beacon ID/Badge
8. No scooters, bicycles, ore skateboards allowed. There are no exceptions. The Beacon is not responsible for any possessions of participants.
9. The phone may only be used to call parents/guardians. The use of the office phone is a privilege and can be taken away if participants are not respectful to the office or use of the phone.

### Procedimientos al Recoger

El programa el Beacon después de la escuela termina a las **6:00p.m.** Los estudiantes pueden ser recogidos a cualquier hora de las **6:00p.m.**, sin embargo nosotros alentamos a los participantes a quedarse hasta las **5:30p.m.**

**Si su niña (o) no es recogido antes de las 6:00p.m. sera considerado como RECOGIDA TARDÍA.**

**Un día (1) de suspensión del programa podría resultar si:  
Dos (2) días consecutivos de llegar tarde a recoger (dos días seguidos)  
Tres (3) incidentes de llegar tarde a recoger (dos días seguidos)**

**Tres (3) incidentes de llegar a recoger tarde en el lapso de un mes.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Programas Disponibles en el Western Addition Beacon Center**

Abajo usted encontrará una lista parcial de los entrandarés de nuestro programa y de lo que estará disponible para su familia. Por favor seleccione los programas que usted y su hija (o) están interesados.

### Programa Juvenil (K-5)

- |  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Excel ASP                     | <input type="checkbox"/> AM Care    | <input type="checkbox"/> Karate              |
| <input type="checkbox"/> Cocina                        | <input type="checkbox"/> Danza      | <input type="checkbox"/> Acrobatas           |
| <input type="checkbox"/> Ciencia                       | <input type="checkbox"/> Futbol     | <input type="checkbox"/> Grupo de Ninos      |
| <input type="checkbox"/> Girl Scouts                   | <input type="checkbox"/> Arte       | <input type="checkbox"/> Clases de Nutricion |
| <input type="checkbox"/> Musica                        | <input type="checkbox"/> Jardineria |  |
| <input type="checkbox"/> Mantenimiento Fisico Completo |                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor mencione)     |                                     |  |
- 

***\* Por Favor, tenga en cuenta que hay un formulario de inscripción para el Medio y el Programa de Escuela Secundaria.***

### Adulto/Programas de Familia

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ESL   | <input type="checkbox"/> Consejeria para Padres     |
| <input type="checkbox"/> Educacion Financiera                        | <input type="checkbox"/> Grupo de Apoyo para Padres |
| <input type="checkbox"/> Conocimiento de Informatica                 | <input type="checkbox"/> La Preparacion de          |
| <input type="checkbox"/> Clases para Padres                          | <input type="checkbox"/> Cena y Noche de Peliculas  |
| <input type="checkbox"/> Voluntario (eventos, excursiones, etcetera) |   |
| <input type="checkbox"/> Comidas                                     | <input type="checkbox"/> Otro (Por favor mencione)  |

---

## Western Addition Beacon Center Acuerdo de Asistencia

El programa extraescolar Western Addition Beacon Center ExCEL opera de Lunes a Viernes de las 2:40 hasta las 6:00 de la tarde. El requisito **mínimo** de asistencia para todos los participantes es Lunes a Viernes de las 2:40 hasta las 5:00 de la tarde. Estos requisitos han sido puestos bajo el mandato del Distrito Unido Escolar de San Francisco. En caso de que no se cumplan con estos requisitos resultara en **lo siguiente**:

**primera falta** - Carta a los padres

**segunda falta** - El Coordinador de Programa tendrá cita con los padres. Participantes se pondrán en un periodo de prueba por un mes.

**tercera y final falta** – Participantes serán removidos del programa.

Por favor entienda que estas pólizas están puestas para asegurarse de que sus hijos reciben todo lo que ofrece el programa, que incluye soporte académico, programas recreacionales y programas de enriquecimiento.

Si usted tiene preguntas o dudas con esta póliza o piensa que vas a tener dificultad en cumplir con estos requerimientos por favor contactar a Maysha Jackson inmediatamente.

Yo he leído y estoy de acuerdo de los requerimientos de asistencia descritos. Yo entiendo que mi hijo será removido de este programa si no cumple con esta póliza.

---

Firma del Padre o Encargado

---

Fecha