

Member's Full Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Sex: M F



## CYC Información y Políticas Para Miembros

---

Bienvenido al Community Youth Center (CYC), un centro académico y deportivo de vanguardia donde los jóvenes de 3 a 18 años prosperan en un ambiente dinámico y positivo. El CYC ofrece una variedad de programas deportivos, así como un centro de excelencia académica; estos programas combinados ayudan a los miembros a administrar su tiempo de manera efectiva para que puedan convertirse en mejores estudiantes-atletas. A continuación, se incluyen algunos elementos de información que se deben tener en cuenta al convertirse en miembro de CYC:

### INFORMACIÓN DE MIEMBRO

- Hay un cargo de iniciación de \$ 33.00 por miembro al registrarse para ser miembro del CYC. Esta tarifa cubre el mes en curso al unirse.
- La membresía de CYC está disponible para miembros por edad y / o grado, sin embargo, todas las clases tienen rangos de edad específicos. El CYC no discrimina la membresía en ninguna otra directriz que no sea la edad.
- Las cuotas son \$ 33.00 por mes para el primer miembro en cada hogar y \$ 17.00 para cada miembro adicional. Algunos programas tienen capacitación avanzada, que requiere tarifas adicionales. Las cuotas mensuales se facturan el primer día del mes y se consideran vencidas si el pago no se recibe antes del 15 del mismo mes.
- Las becas están disponibles para aquellos que califican. El comité de becas revisa las solicitudes según sea necesario. El tutor de adultos para el joven debe enviar todas las solicitudes según lo indicado en la solicitud y permitir que transcurran dos semanas para su procesamiento. Las becas pueden ser revocadas en cualquier momento.
- Para interrumpir la membresía, Adult Guardian es responsable de la cuenta debe notificar al personal de servicio al cliente de CYC antes del último día del mes. Cancelar una membresía es la única manera de evitar pagar cuotas mensuales. Las cuentas continuarán siendo facturadas, independientemente de la inscripción en la clase. Los formularios de cancelación se pueden encontrar en línea y deben entregarse 30 días antes de la fecha de cancelación.

### EXPECTATIVAS GENERALES DE MIEMBROS / DIRECTRICES

- Un tutor adulto debe ser responsable del pago de la membresía. Este debe ser un padre, tutor o representante del gobierno o una agencia socia de CYC que sea el tutor legal del Miembro.
- Todos los miembros deben tener formularios de historial médico en el archivo. Por favor complete estos y sea honesto en la condición médica del miembro. Incluya cualquier formulario que pueda ser beneficioso para describir cualquier condición que pueda tener el miembro.
- Todos los miembros y visitantes deben seguir las Reglas de CYC. Por favor revise todas las reglas publicadas, se espera que los miembros respeten y sigan las instrucciones de cualquier personal de CYC.
- Todos los miembros deben ingresar y salir cada vez que entran o salen de un edificio.
- Se espera que los miembros se adhieran a los valores de CYC: Discípulo, Deseo, Compasión, Trabajo en equipo, Respeto, Deportividad y Compromiso. La gestión del tiempo es un proceso de aprendizaje central en CYC.
- No se permite el uso de teléfonos celulares por parte de los miembros o invitados en cualquier aula o área de capacitación. Las conversaciones telefónicas en estas áreas pueden distraer. Por favor, retírese del área y sea considerado con otros clientes.

- CYC no es una guardería. A menos que haya una clase o programa programado en el que un miembro esté inscrito, no debería estar en el centro de CYC sin la supervisión de un tutor adulto. Los miembros y sus tutores adultos son responsables de la visita de los hermanos o amigos no miembros.
- No se permite a ningún visitante, miembro, invitado o familia en las áreas de capacitación de CYC sin permiso explícito del personal de CYC.
- Para mantener un entorno seguro para el Miembro, estacione solo en los espacios designados. Si está esperando para recoger a un miembro, estacione su auto y entre. El estacionamiento está disponible en tres lotes CYC y en la calle. Todos los Miembros deben ser escoltados por un Guardián adulto al salir de la premisa. Si desea que su Miembro se vaya sin un Guardián adulto, como andar en bicicleta, se debe notificar antes de ese día.

### **INFORMACIÓN DE LA CLASE**

- Todas las cuentas de los miembros deben estar activas y actualizadas para inscribirse en las clases. Es responsabilidad de Adult Guardian asegurarse de que la cuenta esté actualizada.
- El registro de la clase está sujeto a la disponibilidad de la clase. El personal de servicio al cliente de CYC puede ayudar con la disponibilidad de clases.
- Las clases son todo el año. Los horarios y horarios de las clases están sujetos a cambios.
- Recuerde que solo los participantes y el personal de CYC pueden ingresar al área de la clase / alfombra. Pedimos que los espectadores permanezcan sentados en las gradas mientras observan las clases.

### **POLITICAS DE CLASE**

- Los miembros solo pueden participar en sus clases inscritas. Los miembros pueden inscribirse en clase y también deben cumplir con las políticas de asistencia. Se espera que lleguen a tiempo a clase y se les puede negar la entrada a clase si llegan tarde, sin importar la razón.
- Pedimos que todos los estudiantes lleguen temprano a su clase ya que es muy perturbador que los estudiantes lleguen tarde a la clase. Si su miembro llega tarde y no le ha dado una notificación previa al entrenador, es posible que no pueda participar en la clase.
- El custodio adulto del miembro es responsable de llamar para justificar una ausencia de las clases del miembro antes de las horas de inicio. Un miembro puede ser retirado de una clase si viola las políticas de asistencia.
- Si su Miembro se va por un período prolongado (por vacaciones o por razones médicas) y usted notifica a CYC de antemano, tendrá la opción de retirar a su Miembro de la clase.
- La vestimenta adecuada varía para cada programa. En general, toda la ropa usada en cualquier actividad debe estar limpia. Además, no se permiten en la clase pantalones vaqueros, pantalones cortos de mezclilla o cualquier otro artículo con botones, remaches, hebillas, cremalleras o cualquier objeto afilado que pueda dañar el equipo, otros participantes o tapetes.
- Algunos programas tienen requisitos de uniformes especiales, así que consulte las reglas específicas de la clase para obtener más información. Estos están disponibles en la oficina principal.
- Las joyas de cualquier tipo deben quitarse antes de la clase.
- El cabello debe ser retirado y alejado de la cara.

---

Member Signature

---

Member Printed Name

---

Parent/Legal Guardian Signature

---

Parent/Legal Guardian Printed Name

\* solicitamos la firma del miembro para asegurarnos de que están al tanto de lo que se espera que sea en CYC \*

(Por favor complete una autorización para cada miembro que se registra en CYC)

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lo siguiente debe ser completado por el padre/ tutor del miembro. Por favor revise y ponga sus iniciales en cada sección:

**A. RECONOCIMIENTO DE RIESGO DE PELIGRO Y ASUNCIÓN DE RIESGO** \_\_\_\_\_  
INICIAL

Reconozco que existe un peligro inherente en la participación en cualquiera y en todas las actividades deportivas, y por la presente elijo voluntariamente aceptar todos los riesgos y asumir toda la responsabilidad por cualquier riesgo de lesión corporal o muerte o daños a la propiedad derivados del uso de las instalaciones y servicios de CYC y el equipo ya sea causado por la negligencia de los demás, la negligencia o el mal uso de mi propio hijo.

**B. LIBERACIÓN, PACTO Y PROMETENCIA DE NO ENVIAR** \_\_\_\_\_  
INICIAL

En consideración de tener permiso para usar las instalaciones, servicios y equipos de CYC, por la presente libero, absuelvo y descargo a esta instalación, a sus agentes, empleados y voluntarios, de todas las reclamaciones y responsabilidades de cualquier tipo y acepto que no demandaré ni comenzaré cualquier acción de cualquier tipo contra CYC, sus agentes, empleados y voluntarios.

**C. ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN** \_\_\_\_\_  
INICIAL

Al considerar que se me permite usar las instalaciones, servicios y equipos de CYC, estoy de acuerdo en indemnizar y eximir de responsabilidad a esta instalación, así como a sus agentes, empleados y voluntarios, de cualquier reclamo, demanda, responsabilidad o sentencia que surja de mi hijo o durante este. Uso de instalaciones, servicios y equipos de CYC.

**D. ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN DE PADRES / TUTORES** \_\_\_\_\_  
INICIAL

Teniendo en cuenta que a mi hijo se le permite usar las instalaciones, los servicios y el equipo de CYC, acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a esta instalación, a sus agentes, empleados y voluntarios, de cualquier reclamo, demanda, responsabilidad o sentencia que surja de o durante mi El uso de los niños de las instalaciones, servicios y equipos de CYC.

**E. FOTOGRAFÍA DE LANZAMIENTO** \_\_\_\_\_  
INICIAL

Teniendo en cuenta que mi hijo puede usar las instalaciones, los servicios y el equipo de CYC, autorizo a CYC a fotografiar o grabar en video al miembro durante las actividades y / o excursiones y a usar dichas fotografías o videos en folletos, periódicos u Otros medios que describen o representan a CYC.

**F. LANZAMIENTO DE LA PELICULA** \_\_\_\_\_  
INICIAL

Teniendo en cuenta que a mi hijo se le permite usar las instalaciones, los servicios y el equipo de CYC, autorizo a CYC a mostrar las películas y / o videos de los miembros que tienen la calificación más alta de PG (Guía para padres).

Yo, el padre y / o tutor legal abajo firmante, afirmo que estoy firmando este acuerdo libremente. He leído lo anterior y entiendo completamente su contenido, entiendo que este acuerdo no expira, y confirmo mi acuerdo firmando a continuación.

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre / tutor legal

\_\_\_\_\_  
 Relación padre / tutor legal con el niño

\_\_\_\_\_  
 Nombre del padre / tutor legal (impreso)

\_\_\_\_\_  
 Fecha



Email: \_\_\_\_\_

# Contactos y Liberación Médica

Por favor complete este formulario en su totalidad.

## Información del niño:

Nombre Completo (primero, medio, último): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

## Información de Contacto Principal:

1. Nombre/Apellido: \_\_\_\_\_ Relación con el Niño: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

Igual que la Información del Miembro:

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

2. Nombre/Apellido: \_\_\_\_\_ Relación con el Niño: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

Igual que la Información del Miembro:

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

## Información de Contacto en caso de Emergencia:

Nombre/Apellido: \_\_\_\_\_ Relación con el Niño: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

## Información Médica:

Preferencia de hospital / clínica: \_\_\_\_\_ Identificación Médica: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

## Consentimiento Médico:

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente declaro que soy el padre o tutor custodio del Menor mencionado anteriormente. Doy mi autorización y consentimiento para que Community Youth Center ("CYC") administre tratamiento general de primeros auxilios para cualquier lesión o enfermedad menor experimentada por el menor. Si la lesión o enfermedad pone en peligro la vida o necesita un tratamiento de emergencia, autorizo a la CYC a convocar a todo el personal profesional para asistir, transportar y tratar al menor y emitir el consentimiento para cualquier radiografía, medicamento u otro diagnóstico médico. el tratamiento a la atención hospitalaria que se considere aconsejable y que se debe prestar bajo la supervisión general de cualquier médico, cirujano, dentista, hospital u otro profesional médico o institución con licencia para ejercer en el estado en el que se realizará el tratamiento. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad financiera de todos los gastos de dicha atención.

Se entiende que esta autorización se otorga antes de cualquier tratamiento médico, pero se otorga para otorgar autoridad y poder por parte del CYC en el ejercicio de sus mejores juicios con el asesoramiento de dicho personal médico o de emergencia.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Relación padre / tutor legal con el niño

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del padre / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Información de Salud y Comportamiento de los Miembros

Al completar este formulario, también complete el Formulario de historial médico que se encuentra en la página siguiente. Ambos formularios son necesarios para completar el proceso de registro.

Nombre del miembro (primero, medio, último): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Alergias y condiciones especiales (marque todas las que correspondan):

Condiciones (por favor marque todas las que apliquen):

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Infecciones Crónicas del Oído | <input type="checkbox"/> Sangrando/Coagulación  | <input type="checkbox"/> Incautantes            |
| <input type="checkbox"/> Defecto Cardíaco/Enfermedad   | <input type="checkbox"/> Epilepsia              | <input type="checkbox"/> Asma                   |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                  | <input type="checkbox"/> Amigdalitis            | <input type="checkbox"/> Migrañas               |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                      | <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno         | <input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos |
|  | <input type="checkbox"/> Alergia a los Insectos | <input type="checkbox"/> Alergia a la comida    |
|  |   | <input type="checkbox"/> Eczema                 |

Por favor explique en detalle, cualquiera de los mencionados anteriormente: \_\_\_\_\_

Liste cualquier enfermedad, lesión en los últimos 12 meses; enumere cualquier restricción de actividad, edad de desarrollo, problemas crónicos de salud, etc. : \_\_\_\_\_

Para servir mejor al Miembro, indique si se le ha diagnosticado alguno de los siguientes:

- |                                     |                                     |   |                                       |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DDA        | <input type="checkbox"/> TDAH       | <input type="checkbox"/> Disorden Bipolar         | <input type="checkbox"/> Autismo      |
| <input type="checkbox"/> Tourette's | <input type="checkbox"/> Asperger's | <input type="checkbox"/> déficit de procesamiento | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

Describe qué métodos / tratamiento es exitoso para él / ella cuando el comportamiento se vuelve perjudicial: \_\_\_\_\_

Indique todos y cada uno de los medicamentos que toma actualmente: \_\_\_\_\_

Certifico que \_\_\_\_\_ ha sido examinado por un médico con licencia en los últimos 12 meses y puede participar en programas de CYC. El historial de salud es correcto y la persona aquí descrita tiene permiso para participar en todas las actividades prescritas, excepto según lo indique el médico examinador y yo.

Reconozco que existe el riesgo de registrarse para convertirse en Miembro de CYC y permitir que el Miembro participe en las actividades de mi propiedad y en la elección del Miembro. Al reconocer el riesgo, certifico que \_\_\_\_\_ tiene la capacidad de participar en todas las actividades y programas registrados en CYC.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el miembro

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre /Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

# EVALUACIÓN FÍSICA – PRE-PARTICIPACIÓN

## FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Fecha del examen \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Deporte(s) \_\_\_\_\_

**Medicamentos y Alergias:** Por favor, indica todos los medicamentos con y sin receta médica y suplementos (herbales y nutricionales) que estás tomando actualmente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tienes alergias  Sí  No Si la respuesta es sí, por favor identifica abajo la alergia específica.  
 Medicamentos  Polen  Comida  Picaduras de insecto

Explica abajo las preguntas respondidas con un "sí". Pon un círculo alrededor de las preguntas cuyas respuestas desconoces.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Alguna vez un doctor te ha prohibido o limitado tu participación en deportes por alguna razón?		
2. ¿Tienes actualmente alguna condición médica? Si es así, por favor identifícala abajo: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otro: _____		
3. ¿Has sido ingresado alguna vez en el hospital?		
4. ¿Has tenido cirugía alguna vez?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE TU CORAZÓN	Sí	No
5. ¿Te has desmayado alguna vez o casi te has desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?		
6. ¿Has tenido alguna vez molestias, dolor o presión en el pecho cuando haces ejercicio?		
7. ¿Alguna vez has sentido que tu corazón se acelera o tiene latidos irregulares cuando haces ejercicio?		
8. ¿Te ha dicho alguna vez un doctor que tienes un problema de corazón? Si es así, marca el que sea pertinente <input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Un soplo en el corazón <input type="checkbox"/> Nivel alto de colesterol <input type="checkbox"/> Una infección en el corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otro:		
9. ¿Alguna vez un doctor te ha pedido que te hagas pruebas de corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)		
10. ¿Te sientes mareado o te falta el aire más de lo esperado cuando haces ejercicio?		
11. ¿Has tenido alguna vez una convulsión inexplicable?		
12. ¿Te cansas más o te falta el aire con más rapidez que a tus amigos cuando haces ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE TU FAMILIA	Sí	No
13. ¿Has tenido algún familiar que ha fallecido a causa de problemas de corazón o que haya fallecido de forma inexplicable o inesperada antes de la edad de 50 años (incluyendo ahogo, accidente de tráfico inesperado, o síndrome de muerte súbita infantil)?		
14. ¿Sufre alguien en tu familia de cardiomiopatía hipertrófica, síndrome Marfan, cardiomiopatía arritmogénica ventricular derecha, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada, o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
15. ¿Algún en tu familia tiene problemas de corazón, un marcapasos o un desfibrilador implantado en su corazón?		
16. ¿Ha sufrido alguien en tu familia un desmayo inexplicable, convulsiones inexplicables, o casi se ha ahogado?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Sí	No
17. ¿Alguna vez has perdido un entrenamiento o partido porque te habías lesionado un hueso, músculo, ligamento o tendón?		
18. ¿Te has roto o fracturado alguna vez un hueso o dislocado una articulación?		
19. ¿Has sufrido alguna vez una lesión que haya requerido radiografías, resonancia (MRI) tomografía, inyecciones, terapia, un soporte ortopédico/tablilla, un yeso, o muletas?		
20. ¿Has sufrido alguna vez una fractura por estrés?		
21. ¿Te han dicho alguna vez que tienes o has tenido una radiografía para diagnosticar inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)		
22. ¿Usas regularmente una tablilla/soporte ortopédico, ortesis, u otro dispositivo de asistencia?		
23. ¿Tienes una lesión en un hueso, músculo o articulación que te esté molestando?		
24. ¿Algunas de tus articulaciones se vuelven dolorosas, inflamadas, se sienten calientes, o se ven enrojecidas?		
25. ¿Tienes historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?		

(Por favor, continúe)

PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
26. ¿Toses, tienes silbidos o dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
27. ¿Has usado alguna vez un inhalador o has tomado medicamento para el asma?		
28. ¿Hay alguien en tu familia que tenga asma?		
29. ¿Naciste sin o te falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo, o algún otro órgano?		
30. ¿Tienes dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?		
31. ¿Has tenido mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes?		
32. ¿Tienes algún sarpullido, llagas, u otros problemas en la piel?		
33. ¿Has tenido herpes o infección de SARM en la piel?		
34. ¿Has sufrido alguna vez una lesión o contusión en la cabeza?		
35. ¿Has sufrido alguna vez un golpe en la cabeza que te haya producido una confusión, dolor de cabeza prolongado, o problemas de memoria?		
36. ¿Tienes un historial de un trastorno de convulsiones?		
37. ¿Tienes dolores de cabeza cuando haces ejercicio?		
38. ¿Has tenido entumecimiento, hormigueo, o debilidad en los brazos o piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?		
39. ¿Has sido alguna vez incapaz de mover los brazos o las piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?		
40. ¿Te has enfermado alguna vez al hacer ejercicio cuando hace calor?		
41. ¿Tienes calambres frecuentes en los músculos cuando haces ejercicio?		
42. ¿Tienes tú o alguien en tu familia el rasgo drepanocítico o la enfermedad drepanocítica?		
43. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la vista?		
44. ¿Has sufrido alguna lesión o daño en los ojos?		
45. ¿Usas lentes o lentes de contacto?		
46. ¿Usas protección para los ojos, tal como lentes protectoras o un escudo facial?		
47. ¿Te preocupa tu peso?		
48. ¿Estás intentando aumentar o perder de peso o alguien te ha recomendado que lo hagas?		
49. ¿Estás siguiendo alguna dieta especial o evitas ciertos tipos de comida?		
50. ¿Has tenido alguna vez un trastorno alimenticio?		
51. ¿Tienes alguna preocupación de la que quieras hablar con el doctor?		

SÓLO PARA MUJERES	Sí	No
52. ¿Has tenido alguna vez el período menstrual?		
53. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?		
54. ¿Cuántos períodos has tenido en los últimos 12 meses?		

**Explica aquí las preguntas a las que respondiste con un "sí"**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Yo por la presente declaro que, según mi más leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas.**

Firma del atleta \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## CYC Expectativas de Comportamiento y Política de Disciplina

---

Es importante que el personal mantenga un buen orden y disciplina en todos los programas. Los objetivos de CYC en todos los programas son la seguridad y una atmósfera positiva para que los atletas aprendan y desarrollen habilidades sociales. CYC hace todo lo posible para ayudar a todos los niños a entender definiciones claras de comportamiento aceptable e inaceptable.

### El CYC NO condona y NO permitirá:

- Castigo Corporal
- Ridiculizar, amenazar, acosar, usar una voz fuerte e inapropiada o el uso de malas palabras.
- Falta de respeto a los miembros del personal, adultos o miembros de CYC o invitados

### Se espera que el comportamiento de un niño sea consistente con lo siguiente:

- Usar lenguaje apropiado en todo momento.
- Cooperar con el personal y seguir las instrucciones
- Respetar a otros miembros y personal, equipo, instalaciones y visitantes.
- Permanecer en el área del programa: huir no es aceptable
- Mantener una actitud positiva.

### La Política de Disciplina:

- Si un miembro no puede cumplir con las expectativas de comportamiento, al niño se le dará una advertencia inicial y se notificará a sus padres verbalmente y por escrito, devolviendo la Notificación de despido firmada.
- Si un miembro recibe una segunda reprimenda, se le pedirá que se vaya, se notifica a los padres y el miembro y los padres deben devolver un Aviso de despido firmado.
- Si el miembro recibe tres amonestaciones, se le pedirá que se vaya, se notifique a los padres, se suspende por 3 días, 5 horas de servicio comunitario en CYC, notificación a la escuela, notificación de despido firmada.
- Si el miembro recibe cuatro amonestaciones, se le pedirá que abandone las instalaciones, se notifica a los padres, se expulsa de CYC, 10 horas de servicio comunitario en CYC, se realiza una reunión con el miembro, los padres, el director del programa y el entrenador.
- El CYC se reserva el derecho de suspender / destituir a un miembro del programa si su comportamiento se coloca a sí mismo oa otros en un daño inmediato.

### Los comportamientos que pueden resultar en el despido inmediato incluyen, entre otros, los siguientes:

- Cualquier acción que pueda amenazar o representar una amenaza directa a la seguridad física / emocional de cualquier miembro, personal o visitante del CYC
- peleando
- Posesión de un arma de cualquier tipo.
- Vandalismo o destrucción de propiedad de CYC o propiedad de otros • Mala conducta sexual
- Posesión o uso de alcohol o sustancias controladas, a menos que esté bajo la supervisión de un médico.
- Medios sociales inadecuados.

---

Firma del Miembro

---

Nombre impreso del miembro

---

Firma del padre / tutor legal

---

Relación padre / tutor legal con el miembro

---

Nombre impreso del padre / tutor legal

---

Fecha