

Y HEALTH & WELLNESS™

www.centralcoastymca.org

Take any of the classes listed below with Monthly Registration to our Health & Wellness Program

| 2010 SCHEDULE | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| | Monday | Tuesday | Wednesday | Thursday | Friday | Saturday | Sunday |
| 9:00 AM | <u>Yoga</u> Robin | <u>Pilates</u> Elaine | <u>Restorative</u> <u>Yoga</u> | <u>Pilates</u> Elaine | <u>Yoga</u> Robin | <u>Yoga</u> Karin | |
| 10:15 AM | | | | | <u>Zumba</u> Elena | | |
| 5:15 PM | <u>Yoga</u> Kathy | | <u>Yoga</u> Kathy | | | | |
| 5:30 PM | | <u>Yoga</u> Karin | | <u>Yoga</u> Karin | | | |
| 6:00 PM | | | | | | | <u>Zumba</u> Zumba |

Registration/Monthly Fee: \$40

Annual Membership: \$30 Individual Program Membership
\$55 Family Program Membership

2010 YMCA Health & Wellness Registration Form

Return this form with payment in full (including program and membership fees) to:

YMCA of San Benito County, 339 Fifth Street, Hollister, CA 95023 Phone: 831-637-8600 Fax: 831-637-8636

Name _____ Birth Date _____ Gender _____ Phone _____

Emergency Contact _____ Phone # _____ E mail _____

Address _____

I agree that I and/or my child will cooperate and conform with the directions and instructions of the volunteers and staff involved in the program. I hereby give the YMCA permission to use their judgment in obtaining medical service for myself and/or my child and I give permission to the physician selected by the YMCA personnel to render medical treatment necessary and appropriate. In the event that my child is injured as a result of his/her participation in this program, including transportation to and from such activities, I agree not to hold responsible and/or liable the YMCA or any of its agents or employees. Payment of any medical, hospital, or related costs and expenses must be paid by any insurance or benefit plan of mine or my spouse.

Yes__ No__ **Photo Authorization: The YMCA staff has authorization to photograph and use me/my child for YMCA promotional material.**

Signature: _____ Date: _____

Please be advised that the Hollister School District does not make any representation or warranty as to the quality of services, merchandise, or opinions associated with this agency or individual, (vendor, service, etc.) The purpose of this flyer (posting, newsletter, etc.) is to provide general information to the community only, and it is not recommended that anyone act on the information contained herein with out further independent inquiry.



Financial Assistance is available for families who qualify.



Y SANO Y SALUDABLE



| Nueve SCHEDULE | | | | | | |
|-----------------------|--------|---------|------------------|----------|--------|----------|
| | Monday | Tuesday | Wednesday | Thursday | Friday | Saturday |
| 9:00 AM | Yoga | Pilates | Restorative Yoga | Pilates | Yoga | Yoga |
| 5:15 PM | Yoga | | Yoga | | | |
| 5:30 PM | | Yoga | | Yoga | | |

Cuota Mensual: \$40

Annual Tipos de Miembrecia:

\$30 Individual

\$55 Familia

2010 Sano y Saludable

Forma de Registracion para Programa del YMCA

Regrese esta Forma con Pago Completo (*Incluye pago por la miembrecia y el programa*) a la oficina YMCA al 339 Fifth Street, Hollister, CA 95023 Telefono: (831) 637-8600; Fax: (831) 637-8636

| | | | |
|-------------------------|------------------------|---------------|--------------------|
| Nombre del Participante | Fecha de Nacimiento | Telefono | Escuela |
| Direccion | Ciudad | Postal | Correo Electronico |
| Nombre de Guardian | Contacto de Emergencia | # de Telefono | # de Telefono |

Yo, por parte mía y de mi hijo/hija, estoy de acuerdo a cooperar y estar de acuerdo con las instrucciones de los voluntarios y el personal de la YMCA involucrados con el programa. Yo doy permiso a la YMCA a usar su juicio en obtener servicio medico para mi o/y mi hijo/hija y doy permiso a que el medico seleccionado por el personal de la YMCA practique el tratamiento necesario y apropiado. En caso de que mi hijo/hija se lesione como resultado de su participación en el programa, incluyendo la transporación a el lugar de actividades o de regreso a la YMCA, yo estoy de acuerdo a no mantener a la YMCA, su personal o agentes responsables. El costo de cualquier servicio medico, hospitalización o costos relacionados a un tratamiento medico para mi o/y mi hijo/hija serán pagados por un seguro medico mío o de mi cónyuge.

Si No Autorización de Foto: El personal de la YMCA tiene mi permiso para usar mi /o de mi hijo para uso de promoción de la YMCA

Advertencia el ("Distrito") Distrito de Hollister no representa ni garantía la calidad de los servicios, la mercancía o opiniones asociados con esta agencia. El propósito de este boletín informativo es proveer información general para la comunidad, no es recomendado proseguir con la información dada sin primero obtener la información necesaria."



Asistencia Financiera es disponible para los que calificuen

