



FOR YOUTH DEVELOPMENT®  
FOR HEALTHY LIVING  
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

# ACT! ¡Cambiando activamente juntos!

## Comiendo Bien Jugando Mas

¿Listo para un cambio saludable? ¿Busca maneras de ayudar a su hijo a comer bien y a ser más activo?

**Edades 8-14**

ACT! es un programa de 12 clases para jóvenes de 8 a 14 años y sus padres promoviendo nutrición saludable, actividad y estilos de vida traídos a usted en asociación a través de Whatcom Family YMCA.

- Sesión de grupo de 60 minutos una vez por semana durante 12 semanas
- Un nutricionista y entrenador de actividad física que dirige cada clase
- Los padres se unen al programa junto con sus hijos
- Juegos energizantes, actividades y comidas ligeras
- Se ofrece dos veces al año (otoño e invierno)
- Las referencias son bienvenidas durante todo el año



### ¿LISTO para ley! ahora?

A healthcare proveedor referencia es requiere a inscribirse (médico, registrado enfermera registrado dietista o cualquier licencia profesional de la salud). La juventud debe tener un cuerpo índice de masa (BMI)  $\geq 85^{\text{th}}$  percentil. Se y su de niño salud proveedor puede completa esto forma y fax se a la Whatcom Family YMCA, 360-734-8406. El YMCA le en contacto con interesados familias después de recibir el referencia.

### Padres completa lo siguiente:

- ¡Me gustaría recibir más información acerca ACT!
- Estoy listo para reservar un lugar en el programa ACT! y confirmo que este niño es físicamente y emocionalmente capaz de para participar en el grupo de actividades físicas.

Edad del niño \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Nombre de niño \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Numero de teléfono preferido \_\_\_\_\_

correo electrónico \_\_\_\_\_

Como se entero de ACT!/? \_\_\_\_\_

Información de Salud adicional \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Proveedor completa lo siguiente:

- I confirm this child/teen is eligible for ACT! with age 8-14 years and BMI  $\geq$  percentile

Child/Teen Height (cm) \_\_\_\_\_ Weight (kg) \_\_\_\_\_

Provider Name \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Clinic \_\_\_\_\_

Email or Fax \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En asociación con



**Seattle Children's**  
HOSPITAL • RESEARCH • FOUNDATION