

APLICACIÓN DE CAMPAMENTO 2017

REGISTRATION

◆ **Registración Temprana 03/12- 04/09:**

Habrà un depósito de \$50.00 para ocupar su puesto y entrar al sorteo. El pago de registraci3n no es reembolsable y serà deducible de su pago total al campamento.

◆ **Inscripci3n despu3s de 4/09:**

Todo aquellos interesados en asistir al campamento estàn invitados. Registraci3n despu3s de la fecha mencionada no tendrà la oportunidad de entrar en el sorteo. El balance del campamento tendrà que ser pagado en su totalidad antes de **Mayo 14, 2017**. Al pagar despu3s de Mayo 14, 2017 habrà una multa de \$15.00 que serà pagado adicionalmente con el pago del campamento.

INFORMACION DE APLICANTE

Primer nombre: _____ Apellido: _____ Femenina: _____ Masculino: _____

Direcci3n: _____ Pueblo: _____ C3digo Postal: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad (a partir de Mayo 27): _____ N3mero de tel3fono: _____

Correo Electr3nico: _____

Tamaño de camisa	X-Small	Small	Medium	Large	X-Large

CONTACTO DE EMERGENCIA

CONTACTO DE EMERGENCIA #1

Nombre: _____ Relaci3n: _____

Celular: _____ Tel3fono de casa: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA #2

Nombre: _____ Relaci3n: _____

Celular: _____ Tel3fono de casa: _____

INFORMACION M3DICA

El prop3sito de la informaci3n dada es para garantizar que el personal m3dico tenga los detalles de cualquier problema m3dico, que puedan interferir o alterar el tratamiento dado en lugar de una emergencia.

Tiene seguro m3dico

Si No

Cuál es su seguro m3dico

Cual es n3mero de p3liza

Problema M3dico

Requiere Medicamento

Alergias (Comida, medicina, etc.)

¿Está usted actualmente siendo tratado por una herida o enfermedad, o tomando cualquier tipo de medicamento por alguna razón?

Sí ___ No ___ Si escogí si, explique _____

¿Es usted alérgico a algún alimento o medicamento?

Si ___ No ___ Si escogí si explique: _____

¿Usted requiere una dieta especial?

Si ___ No ___ Si escogí si, explique: _____

TERMINOS DE ACUERDO

Entiendo que será notificado en el caso de una emergencia médica con mi hijo/a. En caso de que yo no puedo llegar, yo autorizo que se llame atención médica/ o médico 911 y la prestación de los servicios médicos necesarios en el evento mi hijo/a se lesiona o se enferma.

Entiendo que el Campamento Generación y/o Camp no será responsable por los gastos médicos incurridos, pero que tales gastos serán mi responsabilidad como padre o tutor.

Doy permiso a mi hijo/a ser fotografiado durante el Campamento Generación, entiendo las fotos se utilizarán para llevar un diario de actividades, para compartir durante las presentaciones en PowerPoint o informes a nuestros donantes y para fines promocionales, incluyendo volantes, folletos, periódicos y en internet. Entiendo que aunque la fotografía de mi hijo puede utilizarse para la publicidad, su identidad no será revelada, no hay que esperar remuneración y que todas las fotos son propiedad de Campamento Generación y sus afiliados.

Campamento Generación y su personal y los organizadores no son responsables de los bienes perdidos o dañados. Todos los eventos programados están sujetos a cambios. Entiendo que no se reembolsará cargos. De los niños fotos y cotizaciones pueden usarse para fines de publicidad. En caso de emergencia, y si un médico no puede ser alcanzado, autorizo a mi hijo/a a ser tratado por personal de emergencia certificado (es decir, EMT, First Responder, o médico).

Fecha: _____

Firma del padre/guardián

Firma del pastor
