

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 NIÑO

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento (mes, día, año): ____ / ____ / ____ Edad (desde mayo 27, 2017) _____ Masculino ____ Femenino ____

Dirección _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal _____ Número de teléfono: _____

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

PADRE/GUARDIANTE

Padre/Guardián #1

Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Número de teléfono _____

Padre/Guardián #2

Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Número de teléfono _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

CONTACTO DE EMERGENCIA #1

Nombre: _____

Relaci3n: _____

Celular: _____

Teléfono de casa: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA #2

Nombre: _____

Relaci3n: _____

Celular: _____

Teléfono de casa: _____

Los siguientes adultos, de los cuales cada uno es mayor de 18 años de edad, estàn autorizados a recoger a mi hijo de la iglesia de niños. Solo los nombrados en la lista podràn recoger al niño.

1: _____ 2: _____ 3: _____

4: _____

INFORMACION MÉDICA

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

Tiene seguro médico

Si No

Cuál es su seguro médico

Cual es número de póliza

Problema Médico

Requiere Medicamento

Alergias (Comida, medicina, etc.)

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

Sí ___ No ___ Si escogí si, explique _____

Es su hijo/a alérgico a algún alimento o medicamento?

Sí ___ No ___ Si escogí si explique: _____

Su hijo/a requiere una dieta especial?

Sí ___ 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
