

Campamento de verano sensacioal 2018 Registracion

Nombre de niño(a): _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado a entrar en Otoño del 2018: _____

REGISTRACION

Por favor marque Dia Completo o Medio Dia en la Mañana, o Medio Dia en la Tarde para cada semana de campamento que su hijo(a) va a asistir.

| Semana | Fechas | Dia Completo (7 am – 6 pm) <input type="checkbox"/> | Medio Dia En la Mañana (7 am – 1 pm) <input type="checkbox"/> | Medio Dia En la Tarde (12 – 6 pm) <input type="checkbox"/> |
|------------|---------------------|---|--|---|
| 1 | Junio 4 - 8 | | | |
| 2 | Junio 11 - 15 | | | |
| 3 | Junio 18 - 22 | | | |
| 4 | Junio 25 - 29 | | | |
| XXX | JULIO 2 - 6 | NO CAMPAMENTO | NO CAMPAMENTO | NO CAMPAMENTO |
| 5 | Julio 9 - 13 | | | |
| 6 | Julio 16 - 20 | | | |
| 7 | Julio 23 - 27 | | | |
| 8 | Julio 30 – Agosto 3 | | | |

Nombre de la Madre _____

Direccion Postal _____ Ciudad/Codigo Postal _____

Direccion Residencial _____

Telefono: Hogar _____ Trabajo _____ Celular _____

Donde trabaja _____ Correo electronico _____

Nombre del Padre _____

Direccion Postal _____ Ciudad/Codigo Postal _____

Direccion Residencial _____

Telefono: Hogar _____ Trabajo _____ Celular _____

Donde trabaja _____ Correo electronico _____

Contactos de Emergencia y personas autorizadas a recoger a su niño(a) (deben tener mas de 18 años de edad). Si ninguno de los padres puede contactarse por teléfono, quien puede recoger o hacerse responsable por su niño(a). Contactos locales solamente, por favor.

Nombre _____ Relacion con su hijo(a) _____

Telefono: Hogar _____ Trabajo _____ Celular _____

Nombre _____ Relacion con su hijo(a) _____

Telefono: Hogar _____

Nombre del Hijo(a): _____

Le podemos dar a su niño(a) acetaminophen (Tylenol) si tiene fiebre de 100.2 o mas? Si ___ No ___

Por favor, mencione restricciones de salud o necesidades especiales (alergias, vision, audicion, etc).

Recibe su niño(a) medicamentos regularmente? Si ___ No ___ Nombre _____

Este medicamento se debe administrar durante nuestras horas Si _____ No _____
(necesita llenar registro de medicamentos antes de ser administrados)

| NOMBRE DE MEDICAMENTO | DOSIS EXACTA | INTERVALOS |
|-----------------------|--------------|------------|
| _____ | _____ | _____ |

Tiene alguna condicion que podria resultar en emergencia medica?

Tiene algun comentario que nos podria ayudar a entender su hijo(a) mejor? _____

Consentimiento de tratamiento a menores

Doctor _____ Telefono _____

Hospital Preferido _____ Ciudad _____

En caso de accidente o enfermedad, yo requiero que un empleado del distrito escolar me contacte. Yo le doy autorización al personal escolar a llamar al servicio de ambulancias de emergencias (EMS) para recibir el tratamiento de emergencia que sea necesario. Este procedimiento se hará en circunstancias de emergencia o enfermedad cuando el personal autorizado de la escuela lo crea necesario, de acuerdo a la condición de mi hijo(a). Además, yo asumo la responsabilidad del costo de los servicios de emergencia (EMS), para el hospital y doctores.

Firma _____ Fecha _____

(Padre/Madre o Encargado Legal)

PADRE/MADRE o ENCARGADO LEGAL (marque consentimiento con sus iniciales)

_____ Yo estoy de acuerdo con, y guardaré las politicas en esta Guia Informativa.

_____ Yo doy permiso a usar fotografias promocionales que se tomen de mi hijo(a) para usarse en el periódico local, o en convocatorias del distrito escolar, o en el sitio Internet del distrito escolar. Nombres no serán publicados con las fotografías. Yes ___ No ___

_____ Yo doy permiso a Sunsational Discovery Camp a transportar a mi hijo(a) a pasadias y otras actividades fuera del lugar regular del Campamento, con previa notificación. Si ___ No ___

_____ Yo entiendo que *Sunsational Discovery Summer Camp* es un programa voluntario, e incidentes excesivos de disciplina podrian causar la suspensión y/o terminación de servicios.

_____ Credito o reembolso no se darán por ausencias diarias. Reembolsos por dejar el programa serán administrados de acuerdo a la situación.

_____ Tiempo Abierto de Natacion es disponible a estudiantes que pueden nadar. Mi hijo(a) sabe nadar y tiene mi permiso para asistir a tiempo abierto de natacion con el programa de campamento. Si ___ No ___
Si marco Si, en cual área de la piscina permite que su hijo nade: Parte Llana ___ Parte Profunda ___