

Fecha de ingreso: m \_\_\_\_/d \_\_\_\_/a \_\_\_\_

Fecha de engreso: m \_\_\_\_/d \_\_\_\_/a \_\_\_\_



Foto 2x2

Requisitos de admisión:

- Foto 2x2
- Examen Médico
- Copia de Vacunas
- Copia Plan Médico
- Copia ID personas autorizadas

## Solicitud de Participación – Campamento de Verano

### Información del participante

Nombre y apellidos del participante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:  F  M

Núm. RJKCCC: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: m \_\_\_\_/d \_\_\_\_/a \_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_

Dirección física:

Dirección Postal (si es diferente a la residencial)

Urb./Cond/Bo. \_\_\_\_\_

PO Box/Urb./Cond/Bo \_\_\_\_\_

Casa/Apt./Calle \_\_\_\_\_

#Casa/Apt/buzón/Calle (si aplica) \_\_\_\_\_

Pueblo \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Pueblo \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Escuela a la que asiste: \_\_\_\_\_

¿El participante sabe nadar?

Sí

No

¿El participante tiene bicicleta?

Sí

No

El tamaño de camisa es: \_\_\_\_\_

Niño

Adulto

### Información de los padres

Padre o encargado: \_\_\_\_\_

¿Reside con el participante?  Sí  No

Núm. celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Tel. trabajo: \_\_\_\_\_

Madre o encargado: \_\_\_\_\_

¿Reside con el participante?  Sí  No

Núm. celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Tel. trabajo: \_\_\_\_\_

Ingreso anual familiar (para datos estadísticos solamente):

- 0 – 10,000  11,000 - 25,000  26,000 – 50,000  51,000 – 75,000  76,000 o más

### Emergencias

Deben ser personas alternas a los padres.

En caso de emergencia notificar a:

1. Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco o relación: \_\_\_\_\_

Teléfono #1: \_\_\_\_\_

Teléfono #2: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco o relación: \_\_\_\_\_

3. Teléfono #1: \_\_\_\_\_

Teléfono #2: \_\_\_\_\_

¿El participante tiene seguro médico?  Sí  No

Compañía \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

Nombre del pediatra: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### Costos e Información adicional

1. El costo del campamento varía de acuerdo al paquete que seleccione + IVU (edades de 2 meses a 12 años). Las ofertas de este año son las siguientes:
  - a. 3 semanas consecutivas = \$225.00 + IVU
  - b. 4 semanas consecutivas = \$300.00 + IVU
  - c. 5 semanas consecutivas = \$375.00 + IVU
2. Duración de campamento: 30 de mayo al 1<sup>ero</sup> de julio.
  - a. Clausura del campamento: **Domingo 3 de julio de 2016**
  - b. Descuentos disponibles para hermanos y/o socios.\*Espacios limitados\*
3. Deseo ayudar a un niño a asistir al campamento de verano con la cantidad de:  
 \$50       \$100       \$150       Otro cantidad \$ \_\_\_\_\_
4. ¿Cómo se enteró del campamento de verano del Centro Kroc?

<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Correo electrónico
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Centro Kroc
<input type="checkbox"/> Campamento anterior	<input type="checkbox"/> Flyer/ Brochure
<input type="checkbox"/> Evento	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Familiar/Amigo	

### Acuerdos

Yo \_\_\_\_\_ certifico que he leído las políticas y reglamento del campamento y estoy de acuerdo con los términos y condiciones establecidos en el mismo. Entiendo que los costos del campamento no son reembolsables, ni transferibles bajo ninguna circunstancia. Me comprometo a pagar la totalidad del campamento antes de comenzar el campamento y a entregar los documentos solicitados antes de culminar la primera semana del campamento.

AUTORIZO       NO AUTORIZO

La toma de fotografía, audio, grabaciones de mi hijo(a) para ser utilizados en cualquier medio de comunicación con el propósito de propaganda, evaluaciones, fines educativos, o de publicidad.

AUTORIZO       NO AUTORIZO

Al personal de Ray and Joan Kroc Corps Community Center (RJKCCC) de Guayama a llevar a mi hijo(a) a un hospital o dispensario de ser necesario. Utilizando mi cubierta de seguro médico como seguro primario y darle el tratamiento adecuado.

AUTORIZO       NO AUTORIZO

A mi niño(a) a participar de excursiones y salidas a la comunidad y relevo al Ray and Joan Kroc Corps Community Center (RJKCCC) de cualquier incidente que pueda ocurrir.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o encargado

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Información Médica**

### **Examen Médico**

(Para ser completada por el pediatra del menor)

Nombre: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿Padece de alguna condición?

- |                                    |                                    |                                      |                                      |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ojos      | <input type="checkbox"/> Nariz     | <input type="checkbox"/> Pediculosis | <input type="checkbox"/> Genitales   |
| <input type="checkbox"/> Garganta  | <input type="checkbox"/> Dentadura | (piojos)                             | <input type="checkbox"/> Migraña     |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Asma      | <input type="checkbox"/> Pulmones    | <input type="checkbox"/> Piel        |
| <input type="checkbox"/> Oídos     | <input type="checkbox"/> Presión   | <input type="checkbox"/> Corazón     | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hernia    | <input type="checkbox"/> Mareos    | <input type="checkbox"/> Alérgico    |                                      |

Explique (en caso afirmativo): \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún medicamento o alimento? Sí  No

Explique (en caso afirmativo): \_\_\_\_\_

¿Ha estado enfermo o expuesto recientemente a alguna enfermedad transmisible u operación? Sí  No

Explique (en caso afirmativo): \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna condición o deficiencia física o mental que le incapacite en algo para formar parte de actividades recreativas y/o deportivas? Sí  No

Explique (en caso afirmativo): \_\_\_\_\_

¿Tiene la vacuna de tétano? Sí  No

Fecha en que se administró: m \_\_\_\_/d\_\_\_\_/a\_\_\_\_

Recomendación final médica (si es necesaria):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Certificación Médica**

Certifico que he examinado a \_\_\_\_\_ quien se encuentra en condición física adecuada y libre de enfermedades contagiosas para participar del Campamento Verano Feliz del Salvation Army Ray & Joan Kroc Corps Community Center de Guayama.

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma de médico

\_\_\_\_\_  
Número de licencia

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Teléfono

Sello del Médico