



Solicitud de Participación

Foto 2x2

Información del participante

Nombre y apellidos del participante: _____ Edad: _____

Sexo: F M Núm. de membresía 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 No sabe nadar

¿El participante tiene bicicleta? Sí No

El tamaño para la camisa es... _____ Indique si es de: adulto niño

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. Campamento al cual desea su hijo participe. Marque con una **X**.
- Campamento Preescolar para niños de 2 meses a 4.11 años
 - o Costo = \$300.00 + IVU Fecha: 1 de junio al 26 de junio Horario: 7:30am a 3:30pm
 - Campamento para niños de 5 a 12 años
 - o Costo = \$300.00 + IVU Fecha: 1 de junio al 26 de junio Horario: 7:30am a 3:30pm
 - Campamento Especializado
 - i. Más adelante se brindará información
2. Deseo ayudar a un niño a asistir al campamento de verano con la cantidad de:
 \$50 \$100 \$150 Otro cantidad \$_____
3. ¿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 | |
4. ¿Desea ordenar camisas adicionales? Sí No
¿Cuántas? 1 2 3 4
*El costo por camisa adicional es de \$7.50 c/u. *Precio incluye IVU

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. También AUTORIZO NO AUTORIZO la toma de fotografía, audio, vídeos de mi hijo(a) para ser utilizados en cualquier medio de comunicación con el propósito de propaganda, fines educativos, o de publicidad.

Firma

Fecha

Yo _____ padre, madre o encargado autorizo a 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.

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

