



**Centro Comunitario Mary Rigg
Campamento de verano 2022
31 de mayo ~ 22 de julio**

NO HABRA CAMPAMENTO EL LUNES 4 DE JULIO

GRUPO: 5/6 7/8 9/10 LÍDERES ANTES DESPUÉS AMBOS

Nombre del campista:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:
Género: M/F	Raza:	Hispano/Latino: Sí No
Nombre de la escuela actual:	Grado para 2022-2023:	
Nombre del padre/tutor:	Número de teléfono:	
Correo electrónico:		
Empleo:	Teléfono del trabajo:	
Dirección del trabajo:		
Nombre del padre/tutor:	Número de teléfono:	
Empleo:	Teléfono del trabajo:	
Dirección del trabajo:		
Campista vive con: <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Papa <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro		
Talla de camiseta del campista: Talla para joven: _____ <input type="radio"/> Talla para adulto : _____		

Formulario de liberación

Estas personas están autorizadas para recoger a _____:
Nombre del niño(a)

(Debe firmar a su hijo diariamente)

Por favor recuérdelos a las personas que recoge a su hijo(a) que le pediremos identificación.

Nombre	Relación	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Cualquier persona no mencionada anteriormente no podrá recoger a su hijo sin notificación previa al director del campamento.

Centro Comunitario Mary Rigg

Formulario de autorización médica



Autorización para suministro de medicina

____ Yo autorizo que los siguientes medicamentos sean suministrados a mi hijo/a durante la asistencia al Centro Comunitario Mary Rigg. Estoy de acuerdo en no tomar represalia contra el Centro Comunitario Mary Rigg, sus empleados y agentes en caso de cualquier incidente (incluyendo muerte) que le suceda a mi hijo(a) relacionado con el suministro de estos medicamentos.

Todas las medicinas tienen que estar en el envase original con el nombre del niño/a escrito claramente

	Medicamento #1	Medicamento #2
Nombre del medicamento		
Nombre del doctor que lo receta		
Número de teléfono del doctor		
Número de receta		
Dosis		
Horario de suministro		
Día para comenzar la medicina		
Día para terminar la medicina		

Para apoyar mejor el aprendizaje, el desarrollo social, físico y emocional de su hijo, marque todo lo que aplique.

Mi hijo tiene lo siguiente:

- Alergias/Dieta especial _____
- IEP/Plan 504 _____
- Discapacidad de aprendizaje diagnosticada/Necesidades especiales _____
- Condición médica _____
- Otro _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

____ Si el padre/tutor no está disponible en caso de emergencia, por favor notifique a:

Nosotros requerimos identificación con foto.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

En caso de que mi hijo _____ resulte lesionado, autorizo al director del centro o a un representante autorizado a asegurar los primeros auxilios para mi hijo o llevarlo al hospital con el entendimiento de que cualquier responsabilidad financiera es obligación de los padres y no de MRNC. Por la presente renuncio a cualquier derecho de acción contra el personal de MRNC o la agencia para la recuperación de daños en caso de que mi hijo se lesione en un programa o en ruta hacia o desde un evento de campamento.

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR EXCURSIONES

____ Por la presente doy permiso para que mi hijo asista a todas las excursiones que se ofrecen como parte de este programa. Acepto eximir de toda responsabilidad a MRNC, sus agentes, empleados y voluntarios de cualquier y toda responsabilidad que surja de tales actividades, incluido cualquier accidente o lesión del campista y el costo del servicio.

Todo Sobre

(EL NOMBRE DEL NIÑO)

Apodo/Nombre Preferido: _____

Vivo con (marque todo lo que corresponda):

- Mama
- Papa
- Madrastra
- Padrastro
- Abuelitos
- Padres Adoptivos
- Otro _____

Hermanos (Nombres y años): _____

Mascotas (Nombres y la raza) : _____

Gustos/Intereses: _____

Disgustos/Miedos: _____

¿Qué más le gustaría que sepamos sobre su hijo?

PASSPORT