



# Campamento de verano 2024 3 de junio ~ 19 de julio

**NO HABRA CAMPAMENTO EL JUEVAS 4 DE JULIO Y EL VIERNES 5 DE JULIO**

**GRUPO: 5/6 7/8 9/10/11 LÍDERES(12-15) ANTES DESPUÉS AMBOS**

Nombre del campista:		Fecha de nacimiento:	Edad:
Dirección:		Ciudad:	Código Postal:
Género: M F	Raza:	Hispano/Latino <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Nombre del padre/tutor (1):		Número de teléfono:	
Empleo:		Teléfono del trabajo:	
Correo electrónico:			
Nombre del padre/tutor (2):		Número de teléfono:	
Empleo:		Teléfono del trabajo:	
Campista vive con: <input type="checkbox"/> Madre soltera <input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> Ambos Padres			
<input type="checkbox"/> Abuelo(s) <input type="checkbox"/> Padres adoptivos <input type="checkbox"/> Otro			
Nombre de la escuela actual:		Grado para 2024-2025:	
Estado del almuerzo: <input type="checkbox"/> Gratis <input type="checkbox"/> Reducido <input type="checkbox"/> Precio completo		Lengua primaria:	
Talla de camiseta del campista: Talla para joven: _____		IEP? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
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

Table with 3 columns: Medicamento #1, Medicamento #2, and rows for Name, Doctor, Phone, Prescription, Dose, Schedule, Start Date, End Date.

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

Mi hijo tiene lo siguiente:

- Checkboxes for Allergies/Diet, IEP/Plan 504, Disability, Medical Condition, and Other.

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Si el padre/tutor no esta disponible en caso de emergencia, por favor notifique a:
Nosotros requerimos identificación con foto.

Name: Relation: Telefono:

Name: Relation: Telefono:

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.

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.

Firma del padre/tutor: Fecha: