



Información del Niñ@

Nombre del participante: _____ Fecha De nacimiento: _____

Edad: _____ Dirección del nin@: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ # de teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Sexo: _____

Nombre de la escuela donde previamente atendió: _____

Nombre de Padre/Guardián: _____ Teléfono: _____

Nombre de Padre/Guardián: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: _____ # de emergencia: _____

Limitaciones físicas del participante: _____

Alergias/Medicaciones: _____

Medico del participante: _____ Teléfono: _____

Acuerdo de Padre/Guardián

Yo/nosotros Por la presente, autorizo al campista mencionado, de quien soy responsable legal, a asistir al programa del Campamento de Verano de la Inmaculada Concepción. Autorizo su participación en todos los programas y actividades del Campamento. Eximo/Eximo de responsabilidad a la Escuela Inmaculada Concepción, sus empleados, voluntarios y demás personas asociadas con este programa por cualquier percance, accidente u otro incidente derivado de la participación del campista mencionado. Además, autorizo al personal de la Escuela Inmaculada Concepción a brindarle a mi hijo/a primeros auxilios básicos cuando sea necesario o, en caso de un accidente más grave, a que sea trasladado/a en ambulancia al Hospital Infantil de Minneapolis para recibir atención médica de emergencia. También autorizo/autorizamos al personal de emergencias a administrar el tratamiento medicinal necesario y al personal del hospital a realizar exámenes y atención médica de emergencia, si fuera necesario, en nombre de mi hijo/a.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Nombre y dirección de 2 personas a quien se le puede contactar en caso de emergencia y los padres NO contesten.

Contacto de Emergencia: _____ # de emergencia: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Contacto de Emergencia: _____ # de emergencia: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Autorización de recogida

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre/s de personas **NO** autorizadas a recoger al participante: Nombre: _____

Nombre: _____

Documentos apropiados se debe adjuntar si un parent no está permitido recoger a la nin@

***** Elige tus semanas de diversión en el campamento de verano*****

Por favor marque las semanas que desea reservar para que su hijo asista al campamento:

Junio 16-20 (Deportes y robótica): _____ Junio 23-27 (Aquatico): _____ Junio 30-Julio 4: Cerrado

Julio 7-11 (Juegos Olympiacos): _____ Julio 14-18 (Musica y danza): _____

Julio 21-25 (Escritura y lectura): _____ Julio 28-Agosto 1 (STEM): _____

Agosto 4-8 (STEM, Música y danza) _____ Agostp 11-15 (Teatro): _____

Medio Dia (7:30 am - 12 pm) \$159: _____

Dia Completo (7am- 5:30 pm) \$259: _____

Si usted desea diferentes tiempos para diferentes semanas, haga una nota arriba de esa semana.

Acuerdos

-El personal del campamento de verano de la Inmaculada Concepción se compromete a notificar a los padres/tutores siempre que sea posible si así lo solicita el centro.

-El parent/tutor acepta tener un formulario de salud/vacunación actualizado en el archivo mientras el niño esté inscrito.

- El parent/tutor se compromete a notificar a la escuela Inmaculada Concepción inmediatamente sobre cualquier cambio de dirección o número de teléfono.

Firma de Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____