

Forma de Registro para el Campamento
Trinity, Lenoir City UMC – Junio 15, 22,

Nombre del Campista: _____

Información del Campista: _____

Género _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Grado escolar en el otoño _____

Iglesia a la que asiste _____ Denominación _____ Talla de playera _____

Raza / Etnicidad _____

Persona que registra Padres /Guardián / Contacto

Nombre: _____

Dirección Completa: _____

Teléfono en casa (____) _____ día (____) _____ Cel (____) _____

Correo electrónico: _____

Segundo Padre/ Guardián / Contacto

Nombre: _____

Dirección Completa: _____

Teléfono en casa (____) _____ día (____) _____ Cel (____) _____

Correo electrónico: _____

Información de salud:

Enliste cualquier preocupación de su salud física emocional, mental o de comportamiento: _____

¿Todas las vacunas requeridas para que mi hijo entre a la escuela están al corriente? SI (___) NO (___)

Fecha de la ultima vacuna delTétanos _____

Enliste cualquier alergia a alimentos o medicamentos _____ Es

alérgico a la picadura de las abejas _____ ha sido alguna vez picado por una abeja? _____

Enliste cualquier medicamento que debemos tomar su hijo mientras que está en el campamento en la comunidad:

Medicamento	Dosis o cantidad	Hora / tomado en que comidas
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Autorización del Padre o Guardián

Al firmar esta autorización, reconozco que he leído y estoy de acuerdo con las políticas señaladas en esta guía para padres del Trinity UMC y reconozco que las actividades asociadas con este evento conllevan cierto reizgos incluyendo daño a la propiedad, lastimadura personal, incluso la muerte. Entiendo que será responsable por sus acciones y su comportamiento en el campamento en la comunidad. En consideración por ser permitido participar en este evento, estoy de acuerdo y asumo todos los riesgos, por lo que libero y descargo a los ministerios de retiro y campamento de la Conferencia Holston, Inc., y a sus campamentos, oficiales, patrocinadores, empleados, agentes y otros ayudantes y voluntarios y toda responsabilidad por cualquier o todo daño, perdida, lastimadura o muerte de cualquier tipo y naturaleza que sea que en cualquier modo que surja de mi participación en este evento.

Por lo tanto doy permiso a el campamento de proveer cuidado de salud de rutina, administrar medicamentos de prescripción y buscar tratamiento médico de emergencia, incluyendo el ordenar rayos x y o exámenes de rutina. En el evento que no pueda ser contactado en una emergencia, por lo tanto doy permiso a al médico seleccionado por el campamento de hospitalizar, asegurar el tratamiento apropiado y ordenar inyecciones y/o anestesia y/o cirugía para mí o mi hijo nombrado arriba.

La persona aquí descrita tiene permiso de participar en todas las actividades del campamento excepto lo anotado. Yo doy permiso para mi hijo de ser transportado en un vehículo privado si es necesario. Yo doy permiso de fotografías tomadas a mi o a mi hijo de ser usadas para publicidad del campamento impresa o electrónica.

Firma del Padre / Guardián: _____ Fecha _____