



3204 Hazeltown Ave,
Machias NY, 14101



Campamento de Jóvenes

Mayo 30, Mayo 31 y Junio 1 del 2025

“Remanente Inquebrantable”

Romanos 11:5

Aplicación para Jóven o Chaperón

Nombre: _____ Teléfono: _____ Sexo _____ Edad _____
Dirección: _____ Tamaño de camisa _____
Nombre de su Pastor: _____ Número de contacto de su Pastor _____
Nombre de la Congregación a la cual asiste: _____

Favor de marcar con una (X) en encasillado correspondiente:

¿Solicita el espacio para un joven?: (\$140.00) _____
¿Solicita el espacio para un Chaperón?: (\$140.00) _____

Depósito requerido para reservar su espacio por joven o Chaperón: \$70.00

Depósito: _____ Fecha: _____ Para reservar su espacio en o antes de Marzo 15 del 2025.
Depósito: _____ Fecha: _____ Para saldar el balance total en o antes de Mayo 10 del 2025.

Nota: El depósito es requerido **con la aplicación** para reservar su espacio en el Campamento. No se aceptarán solicitudes después de Mayo 9, 2025. No se reembolsará ningún pago recibido sea para reservar o saldar por completo el Campamento.

Precios incluyen:

2 noches de hospedaje, y
Alimentos (meriendas por la
noche (1er Día), almuerzo y
cena (2do día), Desayuno
(3er día)
Camisas (XS – 4XL)

**El Espacio del Campamento
es **LIMITADO**. Por favor, si
desean reservar su espacio,
entregue su aplicacion con
depostio lo mas pronto
posible**

Favor de leer el reglamento antes de firmar

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nota: Se requiere la firma del padre o tutor si el joven es menor de 18 años, sin esta firma no podremos aceptar la aplicación.

Firma del joven o Chaperón: _____ Fecha: _____

Sección para su Pastor:

Para aceptar esta aplicación es necesario que su pastor complete esta parte de abajo. Sin la firma de su Pastor usted no podrá asistir al Campamento.

¿Está este joven o chaperón activo(a) en su congregación? SI _____ NO _____

¿Autoriza usted a este joven para asistir y participar en este Campamento? SI _____ NO _____

Firma del Pastor

1. ¿Padece usted de alguna enfermedad? SI _____ NO _____ Si su respuesta fue si, favor de explicar cuál:

2. ¿Está bajo algún medicamento? SI _____ NO _____

Si su respuesta fue si, favor de explicar cuál:

3. ¿Padece de la alguna alergia? SI _____ NO _____

Si su respuesta fue si, favor de explicar cuál (especificar si tiene alergias a comidas):

¿En caso de emergencia, ¿a quién podemos contactar?

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Parentesco: _____

Para uso oficial del comité:

Aprobado: _____ Desaprobado: _____ Inicial del miembro del Comité _____ Fecha: _____